



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Médico-Cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

Cuidados Centrados na Pessoa com doença de

Alzheimer no hospital

Vera Lúcia Candeias Barbosa

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Médico-Cirúrgica

Vertente Pessoa Idosa

Cuidados centrados na Pessoa com doença de

Alzheimer no hospital

Vera Lúcia Candeias Barbosa

Professora Doutora Pereira Lopes

2014

AGRADECIMENTOS

À Senhora Professora Doutora Pereira Lopes pelo decisivo contributo no desenvolvimento de competências quer a nível profissional quer a nível pessoal

Às Senhoras Enfermeiras-Chefes dos locais de estágio e local de trabalho que me facultaram todas as condições para a realização deste percurso formativo

A todos os enfermeiros e restantes técnicos de saúde a exercer funções nos locais de estágio, pela simpatia, disponibilidade e cooperação no acolhimento e restante percurso

À minha família e amigos pelo apoio e compreensão

A todas as pessoas idosas a quem tive o privilégio de prestar cuidados

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CCP- Cuidados centrados na pessoa

NHF- Necessidade Humana Fundamental

PID - Pessoa idosa com demência

PIDA – Pessoa idosa com doença de Alzheimer

RESUMO

Este projeto surge das necessidades verificadas ao nível dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com doença de Alzheimer. Efetivamente verifica-se que ainda há uma desvalorização do ser pessoa por trás da patologia que lhe é apenas acessória. Este constrangimento tem particular expressão em ambiente hospitalar, onde é comum assistir-se à parcelização dos cuidados em tarefas. Ora estas pessoas não compreendem razão da sucessão de intervenções que lhes é administrada, sentem-se perdidas e todo o processo de saúde/doença fica comprometido. Neste sentido verifica-se imperiosa a maior ênfase por parte dos enfermeiros na prestação de cuidados de manutenção da vida, adaptados a cada história e hábitos particulares de cada cliente.

Almejando a alteração deste cenário, munida da metodologia de trabalho de projeto, procurei imprimir nas práticas dos enfermeiros alterações que visassem precisamente ajudar a pessoa com doença de Alzheimer ou demência, a viver a sua vida de acordo com as suas convicções, recursos e capacidades. Para tal, passei pela experiência de prestação de cuidados a um nível mais especializado a pessoas com esta patologia, em instituição de psiquiatria geriátrica, como forma de preparação para a implementação do projeto de mudança.

A mudança que se verificou ser mais pertinente no cuidado à pessoa com doença de Alzheimer no contexto hospitalar, foi ao nível da NHF sono e repouso. Os colegas alvo desta intenção de mudança envolveram-se no processo e acordaram-se medidas a implementar que foram tidas em conta nas suas práticas. Nomeadamente medidas de redução de estímulos perturbadores do sono e plano de cuidados mais individualizado e detalhado a respeito da mesma NHF. De modo mais genérico verificou-se uma maior consciencialização e mudança de atitudes face à pessoa com défices cognitivos e em particular à pessoa com demência e/ou doença de Alzheimer.

Em suma, considero ter desenvolvido competências ao nível do cuidado especializado à pessoa com demência / doença de Alzheimer e de gestão de processos de mudança das práticas.

Palavras-chave: Pessoa idosa com doença de Alzheimer; Cuidados centrados na pessoa; Metodologia de projeto; Competências; Alteração das práticas de enfermagem.

ABSTRACT

This project arises from the needs identified at the level of nursing care for the elderly with Alzheimer's disease. Indeed it turns out that there is still a devaluation of being the person behind the condition that it is merely incidental. This constraint has particular expression in a hospital setting, where it is common to watch to the subdivision in the care tasks. Now these people do not understand why the succession of interventions that is administered to them, they feel lost and the whole process of health / illness is compromised. In this sense there is a greater imperative emphasis by nurses in providing care to sustain life, adapted to each particular history and habits of each customer.

Aiming to change this scenario, provided the methodology of design work, I tried printing practices of nurses changes that aimed precisely help the person with Alzheimer's disease or dementia, to live their lives according to their beliefs, resources and capabilities. For that, had the experience of providing care to a more specialized level to affected persons in psiciogeriatría institution, in preparation for the implementation of the change project.

The change was found to be more relevant in the care the person with Alzheimer's disease in the hospital, was the level of NHF sleep and rest. The target of this intention to change, colleagues were involved in the process and agreed-to implement measures that have been taken into account in their practices. Including measures to reduce distracting stimuli and sleep more individualized care plan and detailed about the same NHF. More generally there has been a greater awareness and changing attitudes to the person with cognitive deficits and in particular to the person with dementia and / or Alzheimer's disease.

In short, I consider to have developed the skills of specialized care to the person with dementia / Alzheimer's and process management change practices illness level.

Keywords: Elder with Alzheimer's disease; Person-centered care; Design methodology; skills; Changing nursing practice.

ÍNDICE

Introdução.....	10
1.Quadro Teórico.....	15
1.1 Cuidados de enfermagem à PIDA segundo a perspectiva de Collière.....	15
1.2 O que precisamos saber sobre a doença de Alzheimer.....	17
1.3 Apreciação de enfermagem da PIDA.....	19
1.4 O que precisamos saber sobre a PIDA e cuidados relativos à NHF sono e repouso.....	20
1.5 Intervenções de enfermagem adaptadas á PIDA.....	23
1.6 Fatores ambientais condicionantes do cuidado à PIDA.....	27
2. Aprendizagens e Competências Desenvolvidas ao Nível de Enfermeiro Especialista através do Projeto de estágio.....	31
2.O O contexto da aprendizagem e o trabalho de projeto.....	31
2.1 Aprendizagens e competências clínicas no cuidado à PIDA.....	33
2.2 Aprendizagens derivadas da implementação do projeto de mudança relativo ao cuidar do sono na PIDA.....	45
2.2.1 Diagnóstico da situação acerca dos saberes dos enfermeiros relativos ao cuidado sobre a NHF sono e repouso na PIDA	48
3. Conclusão.....	55
Referências Bibliográficas.....	61
Anexos	

Apêndices

Apêndice I - nota de campo: ambiente terapêutico para a pessoa idosa com demência/ doença de alzheimer numa instituição

Apêndice II – nota de campo: história de enfermagem da D.Lurdes

Apêndice III- nota de campo: plano de cuidados, D. Lurdes

Apêndice IV - nota de campo: história de enfermagem da “D. Carolina”

Apêndice V - nota de campo: planeamento da ação de formação dirigida às auxiliares da unidade de psicogeriatría

Apêndice VI- nota de campo: avaliação da ação de formação dirigida às auxiliares da unidade de psicogeriatría

Apêndice VII - nota de campo: planeamento da reunião para divulgação dos resultados do preenchimento do instrumento de diagnóstico de situação relativo aos cuidados á PID e NHF sono e repouso alterada

Apêndice VIII – nota de campo: reunião de discussão dos resultados do preenchimento do documento de diagnóstico da situação acerca do cuidado à PID com NHF sono e repouso alterada

Apêndice I- Objetivos do Projeto

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem-se assistido a alterações demográficas significativas, nomeadamente avanços na ciência e tecnologia que possibilitaram o alargamento da esperança média de vida, o que deu lugar ao aumento das doenças crónicas. Não só passaram para segundo plano as doenças agudas/infeciosas anteriormente predominantes, como os clientes passaram a ser as pessoas idosas.

Perante este cenário social e demográfico em contínua alteração e crescimento, na área dos cuidados de saúde sente-se a necessidade de realizar alterações face ao paradigma vigente da prestação de cuidados muitas vezes baseados no modelo tradicional, vulgarmente designado por modelo biomédico. A par do diagnóstico e tratamento de sintomas há que apostar no acompanhamento contínuo de cuidados em particular no grupo mais vulnerável das pessoas idosas.

Na resposta a estes desafios são necessárias competências para fazer face a estas mudanças por parte da equipa de cuidados de saúde, sobretudo no adotar de uma abordagem centrada na pessoa. Este conceito de cuidado centrado na pessoa significa que se procura compreender a doença e suas repercussões na pessoa que a vive através dos seus olhos, capacitando-a e motivando-a e/ou cuidadores a gerir a sua doença crónica, tornando assim a pessoa um elemento ativo no seu processo de saúde. Para isso importa desenvolver competências de comunicação eficazes com clientes, familiares e outros cuidadores formais e comunidade em geral, através do partilhar a informação do cliente com os outros profissionais de saúde, usando as tecnologias disponíveis; promover e investir na promoção e contínua melhoria dos cuidados da pessoa ao longo do tempo e monitorizar este desenvolvimento (Who, 2005).

Outra das mudanças que se tem verificado na sociedade tem que ver com graus de educação mais elevados, maior disponibilidade de informação, maior consumismo, que faz do atual cliente dos serviços de saúde, um cliente mais exigente que espera do prestador de cuidados para além do rigor técnico-científico, uma abordagem mais humanista e holística (Who, 2005).

Dar resposta a estes problemas da atualidade significa apoiarmo-nos mais na vertente humanista do cuidado humano e contrariar a tendência social dominante mais direcionada para o egocentrismo, o consumismo, o belo, a violência e a

valorização do material face ao humano, no sentido de maior harmonia e saúde. Como refere Honoré (2013), o humanismo é precisamente a doutrina de consideração e de respeito pelo humano. “com o homem, o pensamento e o amor fazem a sua aparição no universo (...) o coração é o cuidar que faz circular nas práticas humanas uma energia que é a saúde”(Honoré, 2013, p.186). Embora a sociedade atual induza para a tecnologia, para a produtividade, para o rápido e “eficaz”, importa fazer contravapor a estes valores, sob pena de se agravarem os atuais problemas e aumentar o sofrimento. Nightingale (2005) alertava para a necessidade de quebrar o ciclo negativo da dor, sofrimento e doença:

quando se conseguir a supressão de toda a dor e de todo o sofrimento, que, nos doentes, são sintomas não da doença, mas da ausência de um ou de todos os elementos atrás mencionados essenciais ao êxito dos processos reparadores da natureza, então saberemos quais os sintomas da doença e os sofrimentos a ela inerentes. (Nightingale, 2005, p.22)

Esta ideia de Nightingale (2005) é muito pertinente pois atualmente atribui-se demasiada importância da tecnologia ao serviço dos cuidados e aos tratamentos que se limitam à realização de procedimentos técnicos, esquecendo-se os cuidados básicos que proporcionam energia positiva necessária às pessoas para ultrapassarem ou atenuarem a sua situação de doença. Nightingale (2005) referia-se a estes cuidados, referindo os seguintes elementos: “ar puro, luz, aquecimento, silêncio, limpeza ou pontualidade e esmero na administração da dieta.” Estes cuidados sendo básicos continuam a ser os essenciais à vida e à saúde, tal como Collière (2003) teorizou, enunciando a diversidade de cuidados de manutenção de vida, nas situações de doença e na dependência em certas fases da vida, muito particularmente nas crianças e nas pessoas idosas.

Face ao exposto e tendo em conta as inúmeras comorbilidades com as quais a pessoa idosa se depara, optei como temática de estudo aprofundar as minhas capacidades nos cuidados essenciais à vida que respondam as necessidades específicas da pessoa idosa com doença de Alzheimer quando institucionalizada e em particular quando internada em contexto hospitalar.

A escolha deste tema deve-se a fatores profissionais e pessoais. Ao longo do tempo fui desenvolvendo uma preocupação por este tipo de clientes que me inquietavam de uma forma particular. Este desassossego era reconhecido pelos meus colegas que me dirigiam comentários que à época eu não valorizava, embora recorde.

Frases do tipo “essa doente fica para ti que tens paciência», ou «tu é que tens calma para ela”! Referiam-se a pessoas idosas confusas ou muito ansiosas, cujas alterações cognitivas exigiam um modo próprio de estar como enfermeira.

A empatia que sentia por estas pessoas com alterações de relacionamento com o mundo como são as pessoas com demência/Alzheimer, por certo não é indiferente ao facto de ter uma avó que também está a sofrer esta patologia.

A escolha deste tema tem também justificações epidemiológicas relevantes. Segundo outra publicação do Who, 2012, designada “Demência: uma prioridade de saúde pública” justifica este título referindo tratar-se de uma condição clínica em constante progressão, que se projeta que duplique a cada vinte anos. Esta enfermidade afeta não só a pessoa como os familiares e sociedade em geral, na medida em que a incapacidade provocada por esta patologia é bastante dispendiosa. Na publicação supracitada, refere ainda tratar-se de uma prioridade em saúde, necessitando de estratégias bem planeadas a serem instituídas. Refere que são os fracos conhecimentos acerca desta patologia e a pouca consciência do fenómeno que conduzem ao estigma e a barreiras não só ao diagnóstico como à prestação de cuidados a estas pessoas.

Sentia que este cuidado para ser profissional deveria ser baseado e fundamentado em conhecimentos teóricos e científicos, pelo que no âmbito do mestrado eu sentia necessidade de aprofundar, pois a complexidade do cuidado à pessoa idosa com doença de Alzheimer ainda não foi compreendido como a vasta literatura assinala. Kitwood (1997) designa mesmo por psicologia social maligna, a reação automática de exclusão das pessoas com demência, que é uma mera resposta de defesa face a ansiedades do domínio do inconsciente. O contacto com estas pessoas idosas tão vulneráveis, ativa medos e ameaça o sentimento de segurança nas outras pessoas. Aliás a pessoa idosa com demência (PID) desencadeia medos em duas frentes: pela idade e alteração cognitiva. A fragilidade e a dependência que a doença de Alzheimer provoca fazem deste fenómeno o que alguém designou como «a peste do século XXI». Kitwood (1997) afirma que a sociedade cria mecanismos de defesa no sentido de colocar estas pessoas numa espécie diferente, de “não totalmente pessoas” (*“not persons in the full sense”*).

A incidência da demência encontra-se em contínuo crescimento derivado também do envelhecimento populacional progressivo, o que conduz inevitavelmente a um crescimento da prevalência de PIDs a recorrerem ao hospital (Moyle, Olorenshaw, Wallis e Borbasi, 2008). O problema com que nos deparamos frequentemente em contexto hospitalar é devido à grande despersonalização da pessoa nos aspetos do viver que a diferenciam e tornam única (Cowdell, 2010). O cuidado da PID em contexto hospitalar é particularmente desafiante, exigindo uma especial atenção, devido à complexidade da doença (Moyle, Olorenshaw, Wallis e Borbasi, 2008). “As pessoas com Alzheimer vivem a perda do eu, das suas lembranças, da identidade, da capacidade de pensar e de amar” (Phaneuf, 2010, p.205). Outro dos constrangimentos no cuidado às pessoas idosas com doença de Alzheimer (PIDAs) reside no facto de serem considerados desprestigiados, sendo encarados como um cuidado que não exige competências especializadas. Os próprios enfermeiros acabam, mesmo que inconscientemente, por comportarem-se de acordo com este preconceito social, fazendo as coisas por fazer, descurando a reflexão, aceitando e fragmentando os cuidados na gestão das rotinas quotidianas. Estas ideias combinadas com o estereótipo associado à pessoa com demência, faz com que sejam tratados como se fossem “fragmentos de humanidade”, “conchas vazias”, senis (Cowdel, 2010). Nas fases mais avançadas da doença quando não têm capacidade de comunicar, a dependência é total embora possam manifestar capacidades motoras íntegras, exigindo cuidados totais.

Para que conseguisse efetivar o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista na área da enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa idosa, suportei-me na metodologia de projeto para dar forma a esta intenção e aprender a complexidade de instituir mudanças de grupo nas práticas de enfermagem ao nível do cuidado da PID. A metodologia de projeto permite estabelecer a ligação entre a teoria e a prática ou a realidade, através da projeção de um resultado que se pretende obter no final por via de um conjunto de operações planeadas (Ruivo e Ferrito, 2010). Com um projeto pretende-se realizar uma vontade, um desejo, passando de uma situação insatisfatória para uma situação desejável (Raynal, 2000). Assim o trabalho de projeto permite a partir da determinação de um problema e da elaboração de um planeamento, estudar um problema de relevância social.

No âmbito do presente relatório revelarei o processo formativo que realizei através da prestação de cuidados à PIDA em contexto institucional. Pretendi através dos cuidados a estes clientes desenvolver competências que me permitissem experienciar posteriormente no meu contexto de trabalho a complexidade dos processos de mudança em grupo. Escolhi como projeto de intervenção melhorar a satisfação da necessidade básica do sono às pessoas idosas, por esta ser uma necessidade descuidada, pouco valorizada, muito embora ela afete pelo menos um terço da qualidade de vida das pessoas idosas internadas no hospital.

Este relatório em termos metodológicos descreve o quadro teórico que norteia a minha prática, bem como as aprendizagens consciencializadas através da realização do projeto de estágio e os conhecimentos mobilizados e aprofundados através da pesquisa e atividades desenvolvidas em ensino clínico. Relata as atividades desenvolvidas mais significativas, bem como contratempos encontrados e ultrapassados, assim como resultados obtidos face ao planeado e realizado em estágio face ao projeto concebido.

A finalidade que me proponho atingir é descrever e fundamentar as várias dimensões da aprendizagem em termos da dimensão clínica, da liderança, da formação em contexto de trabalho e da mobilização de algumas técnicas de investigação experienciadas.

São objetivos deste projeto:

- Revelar as competências ao nível do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à PIDA e família tendo como base orientadora um pensamento explícito de enfermagem na abordagem do cuidado centrado na PIDA.
- Fundamentar as aprendizagens relativas ao processo de mudança de um cuidado básico à PIDA e família internada num serviço de Medicina Interna, tendo como filosofia a abordagem do cuidado centrado na pessoa.
- Descrever a importância de uma prática baseada na evidência científica atual.

Ao leitor deste relatório espero melhorar a compreensão do cuidado de enfermagem desenvolvido com a pessoa idosa através das reflexões e da minha formação contínua em enfermagem.

1. Quadro Teórico

1.1 Cuidados de enfermagem à PIDA segundo a perspectiva de Collière

Segundo Collière (1999) os cuidados de enfermagem, devem ter em conta a pessoa e família, naquilo que ela é, ou seja, nos seus hábitos de vida, crenças e valores, situada no meio em que se encontra inserida. Para a mesma autora, existem dois tipos principais de cuidados, os **cuidados de manutenção** que permitem que a pessoa alimente a sua vida com todas as atividades básicas que lhe estão inerentes e por outro lado os **cuidados de reparação** que visam principalmente combater a doença. No entanto verifica-se atualmente um desequilíbrio entre estes dois tipos de cuidado, há uma tendência para privilegiar os cuidados de reparação em virtude dos de manutenção e Collière (1999) defende ser imperativo não dissociar ambos, sustentando ambos no suporte relacional. Por outras palavras, devemos-nos servir das técnicas mais avançadas de que dispomos e que se verificaram eficazes para cuidar/tratar das pessoas, sem esquecer de atribuir a devida relevância aos cuidados de manutenção da vida, tendo em conta um profundo conhecimento dos elementos intervenientes no processo de cuidados, de modo que a inter-relação de todos esses fatores seja criativa.

Em ambiente de cuidados hospitalar, continua a assistir-se ao enfoque nos cuidados técnicos referentes à patologia de forma isolada da pessoa, esquecendo o prejuízo que isso representa para ela, que se vê privada da sua identidade e consequentemente afetando uma recuperação harmoniosa e rápida da sua condição de saúde, porque ao ser minimizada, é retirada energia à pessoa! Quero com isto dizer, que são de grande importância os cuidados que visam que a pessoa mantenha a sua forma de vida única, em todas as dimensões que a afetam e constituem, ajudando a pessoa a fazê-lo, ou a ser substituída, de modo a beneficiar do seu processo de saúde-doença. Nas palavras da autora os “cuidados que têm por fim manter a vida quotidiana e os que se centram na doença, muitas vezes excluindo aquele que a vive” (Collière, 1999, p.237), e ainda “ a vida retira-se de cada vez que a preocupação com o que morre é maior do que a preocupação com o que vive” (Collière, 1999, p.238). Estas ideias claramente expressas, transmitem a ênfase que é ainda dada hoje à doença e ao seu tratamento estritamente. Passados 25 anos de serem escritas estas ideias continuam atuais, esquecendo o sistema de saúde, que os enfermeiros integram, as verdadeiras “fórmulas”

individuais que cada um possui, de viver a sua vida é que permitem vivê-la de forma efetiva, aceitando mesmo todos os paradoxos que reconhece e que fazem parte da natureza humana. Portanto é imperativo este conhecimento da pessoa e ajudá-la a realizar as suas atividades de ordem física, psíquica, social e cultural, da forma como esta o desejar, quando o consegue realizar, apoiando nos efeitos menos positivos que possam advir das suas decisões.

Do ponto de vista da mesma autora, no processo de cuidados importa recolher para além dos dados referentes à pessoa, também os referentes ao meio e pessoas que a cercam e os relativos à(s) sua(s) doença(s) e limitações impostas pela(s) mesma(s). A partir desta análise detalhada é possível determinar com a pessoa a ajuda que há que assegurar. A descodificação da problemática que a pessoa considera estar a afetá-la, com base nas suas capacidades e limitações, situada no seu meio e com base ainda nos recursos daqueles que a cercam, interrelacionando os dados colhidos, é o exercício reflexivo que precisa anteceder toda a planificação de cuidados! Sendo importante destacar os **cuidados de manutenção** da vida cuja competência é da responsabilidade exclusiva dos enfermeiros, pois eles exigem mobilizar todas as forças vivas da pessoa e dos que a cercam, (para isso importa conhecer a pessoa), no sentido de estimular as suas capacidades, que lhe permitem viver a sua vida. É a partir destes cuidados que a pessoa consegue enfrentar a sua condição de doença, ultrapassar limitações e obter melhoras efetivas, porque está envolvida no seu próprio processo de recuperação e usa as suas forças ativas, mobilizadas e estimuladas pelo enfermeiro para melhorar a saúde e obter melhores níveis de bem-estar. Situar os cuidados naquilo que faz sentido para a pessoa é o grande desafio ao Cuidado de enfermagem de modo que os cuidados de manutenção potencializem os cuidados de reparação. Privilegiá-los isoladamente à custa do argumento «falta de tempo» tem sido um erro persistente das organizações de saúde, ao qual os enfermeiros não têm sabido usar os devidos argumentos e mostrarem objetivamente os seus efeitos. Os cuidados de reparação podem combater a doença, mas se não se aplicarem os cuidados de manutenção a pessoa não terá capacidades plenas para a sua recuperação e para continuar a sua vida de forma saudável. Importa então situar a pessoa face às suas crenças, costumes, valores, à sua trajetória de vida, aos seus recursos familiares e meio em que vive, compreender a sua problemática de vida, e suas prioridades, para se poder decidir da ajuda a prestar na compensação da limitação, ou restauração da incapacidade.

1.2 O que precisamos saber sobre a doença de Alzheimer

Partindo dos pressupostos atrás referenciados do modelo conceptual de cuidados definido por Collière, o conhecimento da patologia e suas implicações para a pessoa é um dado importante a levar em conta no processo de cuidados às pessoas doença de Alzheimer (DA).

A demência é uma síndrome caracterizada por um declínio da memória e pela presença de pelo menos uma das seguintes alterações cognitivas: afasia, agnosia, apraxia ou disfunção executiva (planejar, organizar, sequenciar, pensamento abstrato). Estas alterações vão influenciar a capacidade funcional nos níveis social e ocupacional da pessoa com demência (Boustani e Ham, 2007). Nesta doença crónica de carácter progressivo, ocorre a perturbação de várias funções corticais superiores, como a memória, o pensamento, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento. Ao défice cognitivo acresce também a deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação (Who, 2012). A DA é a causa mais frequente que está subjacente aos sintomas da demência.

Os dados epidemiológicos sugerem que existem em Portugal 90 000 pessoas com DA (Alzheimer Portugal, 2009). Estudos realizados entre 1945 e 1985 apontam para uma prevalência da DA de 0,7% no grupo etário dos 60-64, 38,6% acima dos 90 e 48% acima dos 95 anos (Nunes, 2005).

Os fatores protetores potenciais desta condição clínica são uma boa condição cardiovascular, nível de instrução elevado e atividade física regular (Who, 2012), sendo por isso muito importante em termos preventivos enfatizar boas regras de viver ao longo da vida para que aconteça um envelhecimento com sucesso.

A etiologia da DA está relacionada com a deposição de placas amiloides e da formação deovelos neurofibrilares de proteína TAU ao nível do tecido cerebral, conduzindo à lenta e progressiva destruição neuronal (Boustani e Ham, 2007).

O número médio de anos de sobrevida após o aparecimento da DA é de 7,1 anos (Who, 2012), pelo que os gastos em cuidados são elevadíssimos para o próprio, e para a sociedade, exigindo ser reforçadas todas as medidas preventivas.

Este problema de saúde é caracterizado por alterações cognitivas, funcionais, comportamentais e psicológicas que afetam a qualidade de vida quer da PIDA quer dos seus familiares. No curso de desenvolvimento da DA, são os sintomas cognitivos que usualmente surgem inicialmente, nomeadamente com falhas de memória para factos recentes, ainda que mantenha presente a memória de eventos antigos. A PIDA já numa fase inicial pode deixar de reconhecer os seus familiares, apresentar desorientação no tempo e no espaço, surgirem dificuldades de nomeação, faltarem-lhe as palavras e o discurso perder fluência. Há perda de autonomia franca e manifesta dificuldade em fazer cálculos e toma decisões absurdas. Apresentam alterações da personalidade com maior egocentrismo, maior desinibição e mesmo embotamento do sentido social e ético. A pessoa vai-se desprendendo das suas obrigações sociais e revela despreocupação com o vestir, higiene e lida da casa. Há perturbações de humor verificando-se ansiedade e insegurança possivelmente associados à perceção da sua incapacidade crescente, tornando pessimista o seu humor, pode desenvolver depressão, apatia, com desinteresse por tudo o que anteriormente apreciava (Barreto, 2005).

Em fases mais avançadas da doença, a PIDA perde por completo a sua autonomia, tem dificuldade em organizar atos motores intencionais, como abrir uma porta ou vestir-se – apresenta *apraxia*; dificuldade em interpretar informação sensorial, objetos, lugares, sons, odores – apresenta *agnosia*; a afasia acentua-se com vocabulário restrito até à incapacidade de comunicar verbalmente. Nesta fase também ocorrem distorções percetivas e alucinações, em que a pessoa vê objetos onde eles não existem, deixa de se identificar ao espelho, a sua casa parece-lhe estranha e confunde imagens da televisão e revistas com seres reais. É ainda comum manifestarem o delírio por roubo, infidelidade (por parte do parceiro/a) ou que o querem eliminar, tornam-se agitados e hostis. Com frequência esta agitação acentua-se no fim do dia - *sundowning* e manifesta resistência aos cuidados. No período da noite é comum estar desperta durante longas horas e depende de terceiros na realização das atividades básicas de vida diária (Barreto, 2005).

Na fase terminal, diminui a agitação, instalando-se a inércia, a PIDA encontra-se em mutismo, dificilmente reage à presença de outras pessoas; a alimentação torna-se difícil; torna-se incontinente; perde os reflexos de marcha. Devido a estes fatores

segue-se a atrofia muscular e a paralisia, bem como ocorrem todas as complicações decorrentes da imobilidade (Barreto, 2005).

1.3 Apreciação de enfermagem da PIDA

Nos cuidados de enfermagem o pilar referente ao conhecimento da pessoa é dos mais importantes e complexos, a par do conhecimento da doença e dos recursos do meio ambiente. Como aspetos essenciais do processo de cuidados de enfermagem (Collière, 1999), situa-se a importância do conhecimento da história de vida da pessoa com esta patologia. A colheita de dados que permite o conhecimento da pessoa com esta patologia exige com frequência o recurso a pessoas significativas, em virtude dos défices cognitivos que apresentam, sendo essencial aliar as informações e analisá-las de forma crítica e construtiva pois nessa análise podem apreciar-se logo algumas das preocupações e modos de ver e sentir da PIDA.

A par com o modelo conceptual de Collière (1999) ajuda na concretização do conceito de abordagem de cuidados centrados na pessoa (CCP). Esta conceção de cuidado defende a integração da biografia da pessoa no cuidado, a utilização da noção de reminiscência, proveniente da terapia da validação (estas duas técnicas encontram-se pormenorizadas no subcapítulo seguinte). Este conceito CCP fomenta a priorização da qualidade das relações com as pessoas, ao invés do cumprimento de tarefas. Assim o CCP assume grande relevo, na medida em que as PIDA veem seriamente diminuídas as suas capacidades, o que põe em causa continuar a desempenhar as suas atividades de vida de acordo com as suas necessidades, recursos e convicções. O enfermeiro na comunidade encontra-se em posição de destaque para proporcionar ajuda à pessoa e à família, potenciando a recuperação do seu estado de doença e promovem a autonomia da pessoa (Edvardsson, Fetherstonhaugh e Nay, 2010), podendo tornar esta experiência significativa e mesmo em *experiência fundadora* todos os que convivem com a PIDA nesta etapa da sua vida.

Em sentido preventivo o enfermeiro na comunidade intervém ainda de forma crucial na identificação de sinais e sintomas suspeitos de demência nas pessoas idosas e nas pessoas que deles cuidam. A avaliação do estado cognitivo e/ou história fornecida pelos familiares características desta síndrome, permitem diagnóstico e

encaminhamento precoce para as áreas desta especialidade. Também a presença e orientação nos cuidados de enfermagem o mais precocemente possível, ajudará no diagnóstico precoce, na implementação de medidas não-farmacológicas e/ou farmacológicas e consequentemente pode ajudar no abrandamento de sintomas cognitivos, psicológicos e comportamentais e manutenção da capacidade funcional. Também o facto da PID e seus familiares lidarem melhor com a progressão duma doença da qual conhecem o percurso é uma ajuda (Kommer et al, 2009), cujos efeitos importa implementar e medir.

O enfermeiro que presta cuidados a uma PID encontra-se em posição privilegiada para a ajudar, bem como à sua família, passando essa ajuda por avaliar a pessoa quanto à sua incapacidade decorrente da doença, nomeadamente défices cognitivos, presença de sintomas psicológicos e comportamentais na demência (SPCD) e incapacidade funcional. Os instrumentos disponíveis para proceder a essa avaliação, especialmente dirigidos a estas pessoas, traduzidos para português e seleccionados pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (2008) são recursos que devem ser do conhecimento e uso de todos os enfermeiros. Decorrentes destas avaliações básicas e essenciais, outras poderão ser feitas, com os instrumentos adequados, com vista à criação de um plano de cuidados adequado à pessoa e família e negociado com eles naturalmente.

1.4 O que precisamos saber sobre a PIDA e cuidados relativos à NHF sono e repouso

Nas pessoas com DA todas as suas necessidades fundamentais sofrem muitas alterações e muito estudadas, dadas as particularidades da patologia em questão, nomeadamente a NHF Sono e Repouso. As consequências que provoca na vida destas pessoas assim como as intervenções de enfermagem na minimização e/ou resolução dos problemas associados à alteração daquela NHF exigem ser melhor compreendidas pois um terço da nossa vida refere-se ao sono e repouso.

Os distúrbios do sono correspondem a um dos SPCD, no entanto as suas causas poderão ser várias, não só relacionadas com a própria doença, como com perturbações do sono primárias, outras patologias e respetivo tratamento, motivos ambientais ou a combinação destes vários fatores (Vitiello, Borson, 2001).

Perante a perturbação do sono nas PIDA a abordagem privilegiada e quase única na prática clínica é a intervenção farmacológica, apesar dos significativos efeitos adversos e eficácia limitada da medicação anti psicótica, ansiolítica e hipnótica (Shub, Darvishi e Kunik, 2009). Entre os riscos do excesso desta terapêutica existe também o aumento do risco de efeitos cognitivos adversos, risco de quedas e mesmo a morte (Shub, Darvishi e Kunik, 2009). Nos casos em que é necessário recurso à terapêutica farmacológica, os fármacos com comprovado efeito exigem prescrição médica consciente dos efeitos positivos e negativos na PIDA (Vitiello e Borson, 2001).

O distúrbio do sono pode estar relacionado com co morbilidades, nomeadamente as mais prevalentes nas pessoas idosas são: a apneia do sono, as parestesias agitantes das pernas e a síndrome da fase avançada do sono (Cole e Richards, 2006). Estes problemas devem ser despistados, caso se observem alterações do sono, assim como outras patologias do foro respiratório, cardíaco, gástrico, urinário passíveis de provocar despertares noturnos (Vitiello e Borson, 2001).

Associado aos fatores fisiopatológicos condicionantes do sono, encontram-se os fatores ambientais, ruído, luminosidade, bem como a dieta, a ingestão de álcool, o uso de substâncias, o hábito da sesta, a atividade social, o exercício físico e o horário do sono (Cole e Richards, 2006).

Face a estes últimos fatores e tendo em conta que a primeira e mais segura abordagem face a distúrbios do sono deve ser a não-farmacológica, recomendam-se três tipos de intervenções para melhorar o padrão de sono das PIDA: a terapia da luz, o exercício físico e higiene do sono. Em traços gerais a terapia da luz consiste em aumentar a exposição da PIDA à luz solar através de uma caixa de luz que emite uma determinada intensidade de luz durante cerca de uma hora por dia, que pode ser substituída pela exposição à luz solar natural. O exercício físico recomendado é o de cerca de 30 minutos por dia e a caminhada ao ar livre expostos à luz solar, ou outro que a pessoa mais aprecie, de modo a permitir que se mantenha acordada durante o período do dia. A higiene do sono baseia-se em estratégias comportamentais em manter um horário fixo de deitar e acordar, limitar as sestas a 30 minutos, identificar o que desencadeia os despertares noturnos e desenvolver estratégias para os evitar. Nestas últimas são exemplos de estratégias: reduzir os níveis de luz na zona de dormir, desligar a televisão à noite, evitar a ingestão hídrica

excessiva e o consumo de bebidas com cafeína no final da tarde (Shub, Darvishi e Kunik, 2009; Cole e Richards, 2006 e McCurry, Gibbons, Logsdon, Vitiello e Teri, 2005). Um estudo que testou a aplicação destas medidas junto de PIDA e seus cuidadores mediante a criação de um plano individualizado para ambos obteve resultados na redução dos despertares no período noturno e da depressão; também se notou uma redução na sonolência diurna (McCurry, Gibbons, Logsdon, Vitiello e Teri, 2005).

No que respeita a estratégias individualizadas importa conhecer a história da pessoa, identificar o seu padrão de sono anterior aos problemas detetados, nomeadamente rotinas antes de dormir, para adormecer e durante o sono, horários das refeições, hora de deitar e de despertar, como também outras rotinas da história passada desta pessoa que possam estar a ser reproduzidas (Sleep Health Foundation, 2011).

Nas PIDA a NHF sono e repouso pode estar alterada por via da própria patologia que pode produzir efeitos de inversão do ciclo sono/vigília, bem como pode estar associado à patologia aguda que motivou o internamento e/ou terapêutica instituída, bem como as condições ambientais pela não familiaridade e perturbação que o hospital causa (Lopes, 2012). Partindo-se da informação que a terapêutica farmacológica acarreta riscos e prejuízos, esta deveria ser sempre a ultima hipótese. Ou nas palavras de Henderson (1978) os profissionais de saúde deverão evitar a diminuição artificial do estado de consciência mediante a administração de terapêutica hipnótica, exceto para alívio da dor quando outros meios falharam. No entanto, assiste-se em ambiente hospitalar o recurso à terapêutica farmacológica, é feito de modo pouco reflexivo. Os médicos tendem de imediato a prescrever terapêutica indutora do sono e os enfermeiros prontos a administrá-la (Henderson, 1978). Estando provado porém que esta medida tende a responder á frustração dos enfermeiros devido ao estado de alerta do doente durante a noite e não para benefício do mesmo. Ora compete-nos a nós enfermeiros, mais uma vez defender o cliente e desta feita poder-se-ia optar pelas hipóteses que mais o favorecem. Partindo-se do princípio que o estado de relaxamento é similar ao estado de sonolência, os enfermeiros poderão promover o sono através de estratégias de relaxamento como por exemplo o posicionamento no leito, o alívio de perturbações

emocionais, reduzir os estímulos visuais, auditivos, olfativos e tácteis (Hendersen, 1978).

1.5 Intervenções de enfermagem adaptadas à PIDA

Segundo as *guidelines* do NICE-SCIE acerca do cuidado da PID, esta deve ser sempre tratada com respeito, assim como os seus familiares, devem ser avaliadas as suas necessidades específicas e serem incluídas as suas preferências. Após a determinação do diagnóstico, deve ser proporcionado apoio à PID bem como à família, no que respeita a implicações para ambos e fornecer informação escrita acerca do mesmo. Sustentam o desenvolvimento de um plano de cuidados construído em comum acordo entre profissionais de saúde e de ação social que tenha em linha de conta a história de vida da PID, a sua situação social e familiar, as suas preferências, necessidades de ordem física e mental e nível de capacidade funcional. Alertam para a necessidade de ajustamento à medida que estes parâmetros se vão alterando, assim como assegurar os registos e o intercâmbio desta informação entre estes profissionais, com os quais a PID vá tendo necessidade de contactar. Referem ainda que todos os profissionais de saúde e de ação social que contactam com PID, deveriam receber educação acerca dos cuidados específicos a pessoas com esta patologia. (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

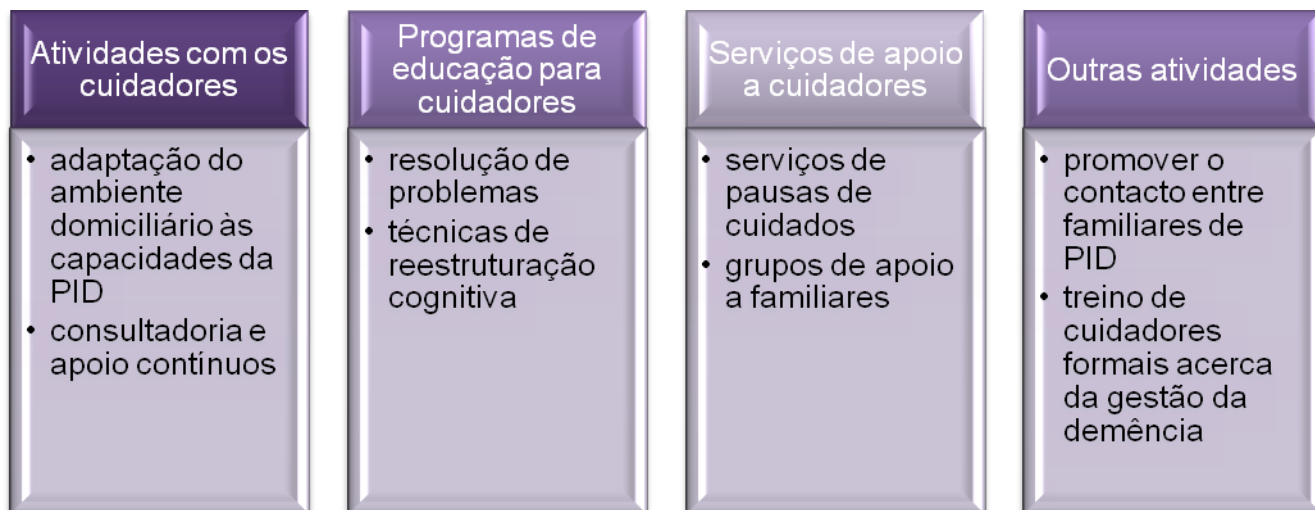
A abordagem da PID prende-se principalmente com uma intervenção psicossocial dirigida à pessoa e família, para além da farmacológica. Concretamente na gestão dos sintomas cognitivos, para além da terapêutica cujos resultados não são muito significativos, existe o treino cognitivo que tem benefícios comprovados (Boustani e Ham, 2007). Na estimulação cognitiva existem diversas técnicas, que se adequam a cada pessoa, tendo no entanto todas o objetivo de tentar maximizar as funções intactas e melhorar aquelas que se encontram diminuídas. Importa ainda que estas atividades tenham alguma significação para a PIDA e que esta intervenha direta e ativamente. Assim após a realização da avaliação neuro psicológica, através de instrumentos próprios, toma-se conhecimento das funções intactas e diminuídas e desta forma é possível implementar planos de estimulação cognitiva individualizados, cujas técnicas se baseiam habitualmente no treino intensivo das

capacidades diminuídas e o uso das capacidades preservadas como recurso. Existem diversas estratégias, nomeadamente de repetição e treino, de aprendizagem e compensatórias. São no entanto de salientar as técnicas usadas com os propósitos já enunciados: terapia de orientação na realidade, terapia de reminiscência e terapia de validação. Na primeira são tratados temas como a data, o espaço, a localização, o clima, o nome das refeições, informação pessoal e de acontecimentos históricos passados; na segunda é estimulada a memória remota e a pessoa é incentivada a falar sobre acontecimentos de vida, podendo se recorrer a fotografias, música, livros, jornais e é mantida uma conversação de acordo com o assunto que a pessoa eleger; a última pretende estimular a comunicação nestas pessoas e tem como pressupostos que as pessoas muito idosas têm o seu próprio pensamento fruto da sua história passada, os pensamentos estão corretos e não devem ser contrariados a não ser que estas o pretendam. Estas técnicas apresentam benefícios na melhoria das capacidades cognitivas, melhoria da autoestima e do sentido de controlo, promoção da autonomia e redução da ansiedade e no recurso a terapêutica farmacológica (Guerreiro, 2005).

As designadas terapias não farmacológicas que se aplicam a PIDAs vão contribuir para a satisfação das suas necessidades, para a sua dignificação, para a interação social e para continuarem a aprender, a influir no seu ambiente, a sentirem-se cuidadas e felizes. A aplicação destas terapias é pertinente durante a realização das atividades quotidianas. Exemplos destas terapias/atividades testadas cientificamente encontram-se agrupados nos seguintes quadros.

Quadro 1. Técnicas não farmacológicas dirigidas à PID

Atividades em grupo	Atividades individuais	Treino das AVDs	Outras
<ul style="list-style-type: none"> • treino das capacidades cognitivas • estimulação cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> • avaliação • informação • consultadoria • apoio 	<ul style="list-style-type: none"> • incentivar a eliminação urinária para prevenção da incontinência 	<ul style="list-style-type: none"> • gestão de comportamentos • terapia cognitivo-comportamental



Fonte: Olazarán et al, 2010

Existe também a possibilidade de intervenções com multi componentes, que incluem mais que uma destas terapias, que revelaram melhores resultados, por exemplo, acrescentando a cada uma das terapias mencionadas o relaxamento, a técnica da reminiscência, exercícios psicomotores, entre outros. Todas as medidas referidas revelaram benefícios ao nível das competências cognitivas trabalhadas e na performance das AVDs (atividades de vida diárias), assim como contribuíram para o protelamento da institucionalização das PIDs. Do ponto de vista emocional observaram-se melhorias ao nível do humor, da qualidade de vida e redução de comportamentos disruptivos. Em relação aos cuidadores constaram-se benefícios ao nível do humor, na reação aos problemas de memória e comportamentais, na sua qualidade de vida e redução de sintomas de depressão e ansiedade (Olazarán et al, 2010).

Já foi dito que esta patologia tem grande impacto na capacidade da pessoa para realizar as suas atividades do dia-a-dia, pelo que é importante promover a manutenção da sua independência. Após avaliação da sua capacidade funcional, deve-se proceder à criação de um plano de cuidados que mantenha um ambiente que lhe seja familiar, incluindo o manter dos mesmos cuidadores formais (se for esse o caso) e treino das AVDs. Quando ocorrer incontinência, importa pesquisar possíveis causas antes de a considerar instalada, bem como fazer modificações no ambiente físico que se tornem necessárias e promover o exercício físico, aceitando o ritmo possível da PIDA (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

No que respeita a SPCD, perante a sua manifestação deve-se pesquisar a sua causa, nomeadamente algum problema físico; presença de depressão, dor ou desconforto; bem como efeitos secundários de medicação; dar atenção à sua biografia, crenças religiosas e espirituais e identidade cultural. A abordagem não farmacológica que pode ser tida em conta são a aromaterapia, estimulação multissensorial, musicoterapia, dança terapia, terapia com recurso a animais de estimação e massagem (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006).

A gestão dos sintomas não cognitivos, ou SPCD, que se caracterizam por comportamento verbal, vocal ou motor inadequado e que reflete a incapacidade de lidar com *stressores* internos ou associados ao ambiente, implica a definição de um plano de cuidados individualizado que inclua a pessoa com demência, o cuidador e o ambiente. Há que conhecer e alertar para o perigo dos efeitos adversos marcados, principalmente no que respeita aos neurolépticos/anti psicóticos que conduzem ao desenvolvimento de efeitos extrapiramidais, alterações na marcha e potenciais fraturas, sedação, aumenta a incidência de eventos cardiovasculares e os índices de mortalidade (Boustani e Ham, 2007).

A comunicação estabelecida como intervenção e modo de estar uma vez que está presente em todos os atos de cuidar assume relevância e tem sucesso, se forem mobilizados os múltiplos fatores referidos. A comunicação tem sobre estas pessoas uma ação apaziguadora, despertam bem, satisfazem necessidades de relação, de expressão, de rutura com a solidão, se tudo acontecer num espaço de humanidade (Phaneuf, 2010). No quadro 3 encontram-se enumeradas algumas das estratégias adequadas de comunicação com PIDs.

Quadro 2. Estratégias de comunicação com PIDs

-
- **Abordar a pessoa de frente e manter o contacto visual**
 - **Falar calmamente, com clareza, de forma gentil e tranquilizadora**
 - **Utilizar gestos para acompanhar as mensagens verbais**
 - **Dar tempo para responder**
 - **Não a corrigir de forma sistemática**
-

-
- **Dar reforços positivos, não poupar elogios**
 - **Estimular comportamentos autónomos**
 - **Mantê-la ocupada e ativa**
 - **Utilizar o humor**
-

Fonte: Costa, M. (2011)

Esta conceção de cuidado na manutenção da vida tal como era anteriormente ao surgimento da doença, é preconizada por vários autores (Edvardsson, Fetherstonhaugh e Nay, 2010) devendo ser considerada a opinião de PIDs, familiares e profissionais de residências de longa duração. Adaptar as intervenções mais adequadas e moldá-las a cada pessoa, de modo que o plano de intervenção lhe faça sentido, permitirá promover a adesão da PIDA e família, resultando a experiência de cuidado em benefício e bem-estar para todos.

A partir da história particular da pessoa, sua doença o meio circundante é outro fator a considerar de forma consciente.

1.6 Fatores ambientais condicionantes do cuidado à PIDA

Mantendo a mesma matriz orientadora baseada na conceção teórica de Collière, conhecida a pessoa e a sua doença, outro aspeto fundamental no cenário de cuidados é o ambiente circundante, incluindo neste as pessoas significativas e seus recursos. O ambiente assume particular relevo, pelo facto destas pessoas poderem considerar o ambiente não familiar, como confuso e passível de provocar agitação face aos seus défices cognitivos. O ambiente hospitalar é pernicioso e dificulta o bem-estar das PIDAs internadas. A pessoa habituada às suas rotinas familiares, e ao acompanhamento dos seus cuidadores familiares sente-se perdida e baralhada numa confusão de ideias, muitas vezes sem que lhe tenha sido fornecida informação de modo adequado do que se passa à sua volta (Heath, Sturdy e Wilcock, 2010).

O contexto hospitalar representa assim desde logo um risco acrescido de piores resultados para PIDAs internadas comparativamente às outras pessoas, devido não só às comorbilidades decorrentes dessa síndrome bem como a uma má gestão da

sua confusão crónica. Assim este contexto representa um desafio no cuidado à PIDA, pois é perentório cuidar a pessoa na sua individualidade bem como gerir sintomas cognitivos e comportamentos disruptivos, associado ao cuidado dos sintomas da patologia aguda causadora do internamento. A investigação revela que o hospital não se encontra arquitetonicamente preparado para PIDAs, não proporciona segurança nem a adequada estimulação e não assegura a manutenção da autonomia (Moyle, Olorenshaw, Wallis e Borbasi, 2008). Os cuidados prestados às PIDAs no hospital ficam aquém dos cuidados de qualidade e os enfermeiros apontam como fatores negativos e grandes constrangimentos o tempo e também o ambiente físico. As PIDAs que passaram pela experiência de internamento consideram a prestação dos cuidados básicos stressante, o ambiente ruidoso e perturbador, sentem-se ignoradas, ficam preocupadas relativamente ao seu futuro pois ninguém fala disso e apesar dos esforços destas pessoas em expressar outras necessidades sobressai o enfoque nos cuidados físicos. Por seu lado, os enfermeiros referem que prestam os cuidados de acordo com o que também eles próprios gostariam de receber, ideia que desde logo constitui uma barreira muito grave ao estabelecimento de relação com a PIDA e identificação das suas necessidades individuais, uma vez que cada pessoa é diferente da pessoa do enfermeiro (Cowdell, 2010).

No âmbito dos cuidadores formais, elemento constituinte e interveniente no contexto de cuidados, apontam-se como estratégias para ultrapassar estes constrangimentos, proporcionar educação aos enfermeiros acerca dos cuidados à PIDA. Esta medida contribui para uma mudança nas atitudes destes profissionais que influenciarão toda a equipa, de modo que a pessoa idosa com alterações cognitivas não seja encarada como uma condição própria da idade, tomando-se em conta o processo normal de envelhecimento. Profissionais bem formados nesta área do cuidado permitirão detetar precocemente e referenciar sinais e sintomas destes défices a profissionais especializados para possibilitar o diagnóstico precoce e respetiva intervenção nestas patologias, retardando o mais possível o processo de institucionalização (Moyle, Olorenshaw, Wallis e Borbasi, 2008).

Nos ambientes institucionalizados defende-se deverem ser o mais similares possível ao ambiente familiar, de modo a informar a pessoa, onde está, para que serve e para onde deve ir. Outras recomendações estão preconizadas como sejam as

medidas para orientação específica (p.e. através do uso de cores), medidas que promovam a orientação para a realidade (p.e. um relógio grande em que constem o dia da semana, o dia do mês e o mês); instalações sanitárias bem visíveis, níveis de luz adequados, janelas que permitam a entrada da luz do dia e que proporcionam níveis de estimulação moderadas (p.e. murais nas paredes em vez de paredes totalmente lisas e brancas); também os jardins interiores acessíveis com características terapêuticas são recursos ambientais desejáveis. Os jardins podem promover a sensação de pertença ao mundo exterior, evocar memórias do passado e constituem um meio carregado de estímulos positivos, que no seu conjunto podem promover a autoestima e a comunicação com outras pessoas (National Collaborating Center for Mental Health, 2006).

Outra característica muito importante no ambiente institucional para a PIDA, é a integração de objetos pessoais no quarto. Esta medida está provada que melhora o bem-estar emocional e intelectual, aumenta a satisfação e melhora a capacidade funcional da pessoa. A alimentação servida em sala para o efeito, onde as pessoas se juntam para comer em pequenas mesas, também promove a interação social e comer nos quartos está contraindicado, exceto em situações pontuais e definidas socialmente (National Collaborating Center for Mental Health, 2006).

Proporcionar atividades significativas, adequar a luminosidade e reduzir a sinalética apropriada, a par das medidas ao nível da pessoa que melhoram a comunicação como sejam os óculos e próteses auditivas regularmente ajustadas à condição da pessoa, são cuidados básicos essenciais inerentes a um ambiente ecológico que ajuda a pessoa a ficar calma e a sentir-se segura (Moyle, Olorenshaw, Wallis e Borbasi, 2008). No que respeita ao desenvolvimento de atividades, proporcionar a realização das que aprecia, adaptadas às suas capacidades de modo a fomentar sentimentos de participação social e melhorar a sua autoestima (Edvardsson, Fetherstonhaugh e Nay, 2010).

De acordo com a abordagem de cuidado centrado na pessoa, encontrando-se a PIDA em ambiente diferente do seu familiar, a inclusão dos familiares no ambiente hospitalar e a sua inserção no cuidado à pessoa, incentivar a participar nos cuidados e a manterem a mesma relação que tinham, comunicando-lhes acontecimentos extraordinários, são medidas de manter e desenvolver tornando a pessoa humana em sentido pleno.

Em síntese e no que respeita o ambiente físico, enriquecê-lo com objetos significativos para a PID, como fotografias, decoração que permitam singularizar aquela pessoa e associá-la a uma história, proporcionar um ambiente esteticamente agradável, confortável, relaxante, que permita o contacto com a natureza, impede a massificação dos cuidados. Face à necessidade das instituições terem para facilidade de funcionamento algumas regras e atividades rotinizadas, estas precisam ser compreendidas, flexibilizadas e adaptá-las em virtude das necessidades das PIDAs. Para concretizar este ambiente promotor de saúde e não lesivo à pessoa acontecerá através do envolvimento da pessoa na realização de tarefas que se lhes destinam, tornando o cuidado um momento significativo para ela. Outra condição básica a fomentar é evitar a rotatividade dos cuidadores formais, sob pena de ser muito difícil desenvolver relações de confiança (Edvardsson, Fetherstonhaugh e Nay, 2010). (Edvardsson, Fetherstonhaugh e Nay, 2010).

2. Aprendizagens e Competências Desenvolvidas ao Nível de Enfermeiro Especialista através do Projeto de estágio

2.O- O contexto da aprendizagem e o trabalho de projeto

As competências que se pretende que sejam desenvolvidas no âmbito deste Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de intervenção em enfermagem à pessoa idosa, foram as preconizadas pela ESEL: a prestação de cuidados ao nível de perito à pessoa idosa e pessoas significativas nos diferentes níveis de prevenção e nos vários contextos, nomeadamente capacitar a pessoa para a gestão da sua doença crónica, promover uma prestação de cuidados de qualidade, participar e dinamizar na melhoria contínua dos cuidados e formação contínua, integrar a equipa de saúde e outros profissionais, influir nas políticas de saúde e participar na formação com respeito a esta área da pessoa adulta e idosa com doença crónica, enfermagem à pessoa idosa (ESEL, 2011).

Diretamente relacionadas e integradas nas competências gerais atrás mencionadas, encontram-se as do enfermeiro avançado, que a investigação revela ter as seguintes características. Estas preveem o desenvolvimento do estudante passando por um agir próprio perante o cliente. Este agir significa em primeiro lugar respeito pelo mesmo, compreendendo as suas convicções e incluí-las na experiência de cuidado. Ao permitir a sua participação no satisfazer as suas necessidades aos vários níveis, cria condições para acontecer um modo eficiente de agir nas situações complexas. Este agir tem a capacidade de marcar a diferença pela obtenção de melhorias, mobilizando e integrando na prática os saberes na priorização das situações, organizando-as e agindo nas respostas ao nível manual, técnico e emocional. Este é um enfermeiro orientado para o futuro (Kucera, Higgins e McMillan, 2010).

Auxiliando-me da metodologia de projeto anteriormente definida, pretendi a partir de um problema concreto obter a “resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais (...) permite produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real, isto é, permite prever uma mudança” (Ruivo e Ferrito, 2010).

Assim de modo a desenvolver as competências acima mencionadas por meio da metodologia caracterizada, realizaram-se dois períodos de estágio, um primeiro com vista à aquisição das competências e um segundo para implementação de um processo de mudança de práticas de cuidados.

No sentido dessa aquisição de competências clínicas na prestação de cuidados de qualidade à pessoa idosa e em particular à PIDA, foi inicialmente realizada uma revisão da literatura, através da pesquisa através da EBSCO nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MedicLatina MEDLINE with Full Text e Nursing & Allied Health Collection e usados vários conjuntos de descritores, nomeadamente: dementia, nursing care e hospital; Alzheimer, nursing care e hospital e dementia e person centered care. Também recorri à literatura e investigação pesquisada no catálogo bibliográfico da biblioteca da escola, com a palavra demência e ainda outros documentos provenientes de pesquisa realizada para a unidade curricular de *Opção I, cuidados de enfermagem à pessoa com demência*.

A revisão da literatura foi realizada essencialmente a partir das bases de dados referidas, mediante a seleção da evidência científica mais atual. Teve como propósito apoiar do ponto de vista científico todas as atividades desenvolvidas neste projeto. Com essa pesquisa aprendi e apreendi que esta patologia provoca na pessoa défices cognitivos e psicológicos que provocam um alheamento e incapacidade de viver a sua vida como antes o fazia em diversos domínios, afetando a realização das suas AVDs. Tive consciência que ainda existe pouca formação e educação por parte dos prestadores de cuidados na área da pessoa com demência, possivelmente também associado ao estigma ligado à doença mental. Por se tratar de uma patologia em constante crescimento e com repercussões humanas, sociais e económicas significativas é um fenómeno social que urge ter em séria consideração nos vários setores da vida, em especial da saúde.

As soluções passam por cuidados centrados nas pessoas, que sendo uma ideia tão simples e com tanto sentido continua a ser banalizada e pouco efetiva, razão pela qual após a revisão da literatura inicial, defini um problema de enfermagem considerado de relevância social à luz da literatura consultada.

Com base num planeamento de acordo com a metodologia de projeto, realizaram-se dois períodos de estágio, durante quatro meses e meio, aprendizagens mais relevantes desenvolvidas, descreverei e fundamentarei no próximo subcapítulo. No

restante tempo de estágio decorreu noutra contexto o início da construção do projeto de mudança. Na implementação do planeado, tive por base o que preconiza a evidência científica, bem como as concepções teóricas de enfermagem apresentadas no quadro teórico.

2.1 Aprendizagens e competências clínicas no cuidado à PIDA

O estágio decorreu numa unidade de psicogeriatrica de uma Clínica Psiquiátrica, que funciona em regime de instituição particular de solidariedade social. Em traços gerais trata-se de uma unidade de cuidados de carácter de internamento de longa duração de pessoas idosas do sexo feminino com doença mental, que na sua maioria, se não na totalidade, passariam ali o resto das suas vidas.

Na medida em que com a realização deste estágio pretendia a aquisição de competências a um nível mais especializado no cuidado à PIDA, foram mobilizados os conhecimentos teóricos desenvolvidos na revisão da literatura adaptados a cada situação específica de cuidados à PIDA no contexto referido. Segundo Raisin e Kautz (2007), o intuito destas instituições seria o de promover a independência dos utentes, satisfazer as suas necessidades e proporcionar-lhes um envelhecimento num ambiente que lhes seja familiar.

Os cuidados prestados na instituição eram predominantemente de uma matriz tradicional, em que os cuidados mantinham enfoque na vida fisiológica, sendo os cuidados de relação com o mundo baseados em rotinas. Importa porém referir determinadas particularidades interessantes desta instituição que é o facto de possibilitar a frequência de atividades de ocupação e lazer e dispor de condições de estrutura social adequadas às necessidades das pessoas. Possuía espaços sociais como café, capela, espaços de estética. Era possível assistir a pequenos espetáculos pontualmente, entre outras. Dispunha ainda de jardim bastante utilizado. Esta temática do ambiente físico adequado a PIDAs encontra-se melhor detalhada no apêndice II.

Aquilo que fui realizando com o devido acompanhamento da docente facilitadora e enfermeira orientadora, foi sob a perspectiva do processo de enfermagem, evidenciado por Collière (1999), começar por conhecer as utentes a quem prestava cuidados e fi-lo baseando-me na abordagem adequada para comunicar com PIDAs, e tentando compreendê-las, baseando-me na história que elas e principalmente os

familiares transmitiam, quer através da linguagem verbal quer da não-verbal, com vista a compreender a história e hábitos de vida daquelas. Estes últimos dados referidos são de primordial importância para qualquer processo de enfermagem no cuidado à pessoa, no entanto para estas com esta patologia, assume ainda maior relevo, tendo em conta que podem encontrar-se situadas em qualquer etapa da sua vida passada e a enfermeira para poder cuidar dela, de forma efetiva, tem que acompanhar essa mesma etapa. Tal como refere Collière (2003) um dos aspetos para se cuidar da pessoa, para além dos conhecimentos referentes a costumes, crenças e valores é também a trajetória de vida da pessoa e quando esta acha que tem trinta anos e os seus filhos são pequenos e tem de ir cuidar da casa, situação prática com que me deparei com a “D.Lurdes” * (utente a quem prestei cuidados), de acordo com a terapia ou teoria da validação deve ser considerado esse contexto na situação de cuidados em que nos encontramos. A mesma autora enfatiza a necessidade do conhecimento destes aspetos por forma a dar sentido ao processo de cuidados, nomeadamente no que respeita a crenças, costumes, valores, interesses. No caso das pessoas com esta patologia devemos recorrer aos familiares e outros cuidadores de modo a obter informação verídica devido aos défices cognitivos. Isto porque, a deficiência que primeiro se manifesta na DA é o enfraquecimento da memória, na fase inicial da doença é a memória episódica a mais afetada, o que dificulta lembrar acontecimentos recentes. No decorrer da doença é afetada a memória semântica que provoca dificuldade em relembrar as palavras para se exprimir. A linguagem também sofre perturbações numa fase posterior, provocando inicialmente “afasia amnésica” que é a impossibilidade de encontrar as palavras. Por exemplo, não encontrando os termos adequados, repete os que lhe surgem mais facilmente. (Phaneuf, 2010).

O facto de incluir os familiares na experiência de cuidados cria oportunidades de trabalho em equipa uma vez que nos dá o privilégio de integrar conhecimento muito particular acerca da pessoa no plano de cuidados, que de outra forma não teríamos acesso. Nos casos particulares das utentes a quem prestei cuidados, os seus cuidadores familiares demonstraram-se disponíveis em colaborar no processo de cuidados, fornecendo dados da história da pessoa quer biográficos, quer hábitos e preferências, entre outros aspetos que eles próprios consideravam de primordial

* O nome das clientes surge entre aspas por se tratarem de nomes fictícios por motivos de proteção da identidade das clientes.

importância para a utente e partilhavam comigo essa informação, que constituía sempre um aspeto valioso a acrescentar que fazia toda a diferença no planeamento e execução do plano de cuidados àquelas pessoas. O envolvimento dos familiares nos cuidados está diretamente relacionado, como já foi referido, com o facto da sua memória recente, entre outras, se encontrar afetada. Particularmente, o facto de tomar conhecimento que a D. Carolina almoçava todos os dias fora e apreciava estar no café com as suas amigas e passear no jardim, permitiu incluir a ida ao café e passeio nos jardins exteriores da Clínica no plano de cuidados (este plano de cuidados encontra-se detalhado no apêndice IV). Ou seja o envolvimento dos familiares prende-se com o conhecimento de quem circunda a pessoa e seus recursos, ferramentas necessárias ao desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado, como realça Collière (1999).

O outro aspeto tido em conta no cuidado a estas pessoas foi avaliar as suas capacidades, utilizando os instrumentos adequados para avaliar as limitações decorrentes da doença, quer a nível físico, cognitivo, afetivo e sociais a considerar no desenvolvimento de plano de cuidados individualizado a cada pessoa a quem prestei cuidados. Estes instrumentos auxiliaram-me através de uma linguagem uniformizada e testada por peritos, na avaliação dos défices cognitivos através da “Avaliação Breve do Estado Mental”, na definição do grau de incapacidade através da “Avaliação da Incapacidade Funcional na Demência”*, na determinação do estadió da demência através da “Avaliação Clínica da Demência”* e existência de SPCD e sua gravidade através do “Inventário Neuropsiquiátrico”*. O uso destes materiais foi possível ser feita através do estabelecimento de uma relação de proximidade com a pessoa e no acompanhamento da mesma nas diferentes atividades de vida diárias. Também foi feito uso dos relatos dos restantes cuidadores (enfermeiros, auxiliares, familiares e outros técnicos de saúde) que já conheciam a pessoa.

Estes dados específicos permitiram compreender a problemática que cada pessoa evidenciava, identificar as capacidades que podiam ser estimuladas ou as incapacidades que necessitavam ser compensadas ou mesmo substituídas, bem como apreender o sentido que a própria pessoa dava à situação. Esta informação

* Todos estes instrumentos pertencem à referência bibliográfica: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, 2008. Optou-se por se colocar apenas o primeiro instrumento em anexo (I) a título ilustrativo, devido aos restantes serem consideravelmente extensos.

permitiu a construção de plano de cuidados individualizado entrecruzando todas as informações e contexto (crenças, costumes, valores, bem como no contexto de institucionalização em que se encontravam, com as devidas particularidades inerentes a esta instituição). As necessidades identificadas foram divididas pelas 14 NHFs (Necessidades Humanas Fundamentais) de acordo com o modelo de Virgínia Hendersen (Sendo possível verificar esta categorização nos apêndices III e IV). Estas necessidades/problemáticas/limitações foram enquadradas na fase da vida em que as pessoas se encontravam, nas suas características particulares que dizem respeito às suas em particular mobilizando também os conhecimentos técnicos inerentes às pessoas com esta patologia.

Desta forma, empenhei-me em perceber através dos dados colhidos acerca das pessoas a quem prestei cuidados, quais as problemáticas que as inquietavam, as suas limitações provocadas pela doença para decisão das intervenções adequadas a implementar. Todo este processo passava pelo estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa, sendo que esta poderia ter como objetivo quer o diagnóstico da situação, investigação da problemática, quer terapêutico através do acolhimento da pessoa com respeito, mediante uma abordagem calorosa, demonstrando interesse pelo que a pessoa referia, devolvendo frequentemente reforço positivo. Esta abordagem é complexa por estar perante pessoas que não sabem com clareza em que situação se encontram, que ambiente era aquele que a rodeava. O facto de ter podido proporcionar momentos agradáveis, que lhe transmitiam tranquilidade e bem-estar constituíram dos poucos resultados que com maior garantia percebi possíveis ter obtido.

Como a literatura afirma o processo neuro degenerativo da doença provoca alterações na memória espacial, que se manifestam por perturbações na orientação, não recordando onde estão, porque é que lá estão ou o que procuram (Phaneuf, 2010). Pela escuta da cuidadora permite-se a expressão de si, fornece uma boa relação, a pessoa encontra-se a si própria e mobiliza as suas capacidades emocionais e afetivas (Phaneuf, 2010). Foi precisamente esta uma das conclusões que extraí da minha prática de cuidados e apercebi-me ser coincidente com o que a literatura consultada referia. Este resultado verificava-os pela reação das pessoas, pelos momentos de bem-estar expressos. O esforço diário era reiniciado diariamente face ao ressurgimento da habitual apatia nos dias seguintes. Mesmo em fases mais

avançadas da doença, a comunicação pelo olhar, não-verbal, o toque permitiam ir ao encontro daquilo que estas pessoas têm de mais profundamente humano (Phaneuf, 2010). Quero com isto dizer, que muitas vezes o que inquieta estas pessoas ou constitui a sua problemática se resume à presença de alguém que com ela interaja e satisfaça as suas necessidades de caráter social, que o seu estado habitual de apatia pode encobrir, mas que como qualquer outra pessoa tem essa necessidade. A pessoa somente não possui é a capacidade de iniciativa para encetar esses contatos, porque no decorrer da doença o vocabulário vai escasseando assim como a sua capacidade de se exprimir (Phaneuf, 2010). Ainda que a vontade de comunicar se mantenha está limitada, o que faz com que a pessoa se feche sobre si própria e a situação de isolamento social possa desencadear comportamentos desajustados (Phaneuf, 2010).

Na relação terapêutica que tenha por base o diagnóstico da problemática é muito mais eficiente, como refere Collière (1999), deixar que a pessoa fale acerca do seu estado, ou do assunto que melhor lhe convier, que aplicar grelhas rígidas de questões organizadas por temáticas. A adequação desta abordagem de comunicação/entrevista tinha ainda maior expressão junto das pessoas com esta patologia, pois muitas vezes a incapacidade de resposta às questões fomenta sentimentos de frustração, levando ao abandono da atividade e gera desconforto na pessoa. Por seu lado esta questão da comunicação com a cliente que pautou toda a minha intervenção surge associado ao aspeto relacional, evidenciado por Collière (1999) como indispensável a todo o processo de cuidados. Isto é o comunicar não era vivido como uma intervenção isolada, mas antes conferir-lhes sentido através da gestão do quotidiano que melhor servia àquela pessoa.

Compreendi ainda que o estabelecimento de uma relação terapêutica/conversação significativa, através de atividades de reminiscência, permitem à pessoa sentir-se envolvida e desenvolver uma conversação/comunicação/interação com sentido para si. Isto deve-se ao facto de a mesma dominar os conteúdos em análise, sentir que o percebe como verdadeiro e essa percepção do passado totalmente oposta àquela que tem do presente (confusa) proporciona-lhe sentimentos agradáveis, por se sentir capaz de algo ou por outro lado, perceber que não está tão incapaz como julgava.

Após ter conhecido a pessoa de um modo detalhado tive oportunidade de realizar todo um conjunto de atividades que na altura se revelaram pertinentes pelo

entrecruzar de todos os elementos do plano de cuidados de cada cliente. O processo de implementação das intervenções perspetivava conseguir junto da pessoa proporcionar melhorias nas suas capacidades assim como o equilíbrio do seu estado emocional. Procurei face aos seus costumes e áquilo que para ela lhe faça sentido no momento, mobilizar as capacidades que tinha ou ainda podiam ser readquiridas. Por outras palavras, em vez de me fixar naquilo que a pessoa já não era capaz de fazer em virtude da patologia que sofria, tentei com ela reabilitar algumas das suas capacidades passíveis de serem readquiridas, por meio da sua estimulação. Como refere Collière (1999), importa mobilizar as forças vivas da pessoa e libertar-me de modelo de cuidado tradicionalista e inadequado. Neste conjunto de intervenções de enfermagem investi nas atividades de lazer que eram do agrado da pessoa, às quais ela já estava habituada e no decorrer das mesmas enriquecia os cuidados de compensação, com os cuidados de estimulação com vista ao benefício da sua saúde. Este agir pensado está de acordo com Collière (2003) quando define a natureza dos cuidados, salientando os cuidados de compensação e os de manutenção como os que assumem maior relevo no cuidado de pessoas idosas.

Desta forma, tal como ilustram os vários apêndices, tive a oportunidade e o privilégio de prestar cuidados a pessoas nesta clinica com a patologia de Alzheimer, tendo desenvolvido a sensibilidade teórica e humana para as conhecer, no sentido de compreender as suas características individuais. Determinar finalidades o mais aproximadas possível daquilo que seria o desejável para a pessoa e família, com o fim de compensar as suas incapacidades, auxiliar a readquirir outras e estimular as capacidades que ainda possui, através dos cuidados de manutenção, compensação estimulação, conforção (Collière, 2003), nos interstícios da relação terapêutica foram das experiências mais enriquecedoras em estágio. Tentar compreender se alguma problemática as inquietava e tentar auxiliá-las na sua resolução mobilizando quando participava nas suas AVDs quando saíamos da unidade para visitar os espaços exteriores e as estimulava a apreciar cada elemento da natureza através do uso dos cinco sentidos numa tentativa de as colocar em contacto com a natureza e a vida quotidiana foram cuidados prestados que prestei baseada na literatura e reinventando dimensões dos cuidados fora do meu conhecimento prático tradicional. Verifiquei que este contacto trás significativos benefícios para pessoas com esta patologia, que se encontram a maior parte do tempo em contacto com o mesmo

ambiente, de certa forma monótono e pouco estimulante. Estes pressupostos assentam na abordagem do CCP com demência, que defende a existência de espaços envolventes esteticamente agradáveis e harmoniosos promotores de relaxamento e conforto, assim como jardins que se avistam das janelas, produzindo a sensação de estar em contacto com a natureza (Edvardsson, Fetherstonhaugh e Nay, 2010).

Aprendi a prestar cuidados diferenciados como as atividades de estimulação cognitiva, através da escrita do seu nome, da mostra de recortes de revistas com pessoas de diferentes idades, paisagens, alimentos ou outros, que permitiram à pessoa ter contacto com o que diz respeito à vida e à sociedade atual. Também a estimulação da memória fazendo apelo aos cinco sentidos (memória sensorial), repetir a informação (memória a curto prazo), relembrar experiências da sua vida (memória episódica), entre outros (Phaneuf, 2010), durante as atividades mais lúdicas como foram as de visita aos jardins exteriores, permitiram prestar cuidados reinventando o conceito de cuidados essenciais à vida destas pessoas pela estimulação cognitiva e sensorial. De grande interesse na aprendizagem foram também as conversações significativas, apelando a que recordasse o passado-atividade ligada à reminiscência- ou observasse o céu e dissesse se estava sol ou se havia nuvens, para sentir o aroma de plantas, como a alfazema que florescia nos jardins. O simples desfazer das folhas secas para sentir a textura, foram cuidados invulgares para mim, mas baseado em pressupostos teóricos nos cuidados de estimulação cognitiva e afetiva. Os cuidados ligados à reminiscência eram tão mais significativos quanto melhor eu conhecia a sua história de vida de cada uma das pessoas idosas que escolhi cuidar de forma aprofundada e intencional, pois podia abordar a pessoa com um assunto que sabia ser-lhe familiar e dessa forma também promover a estimulação cognitiva, nomeadamente da memória afetiva. A memória é caracterizada por ser associativa e reconstrutora o que revela que é importante trabalhar com a pessoa no sentido de através de imagens ou objetos pedir para os nomear, referir as lembranças lhe são suscitadas e continuar a estimular a pessoa, por meio de associação de ideias, na direção mais adequada à pessoa. As atividades mentais, artísticas, sociais e mesmo físicas reavivam ligações neuronais e permitem a criação de novas conexões cerebrais contribuindo para um melhor funcionamento da pessoa (Phaneuf, 2010).

Foram experiências de cuidados invulgares e desafiadoras que me revelaram que as capacidades que a pessoa mantém precisam ser estimuladas e por isso diariamente nas utentes a quem prestava cuidados questionava-as intencionalmente em relação à estação do ano, ano, mês, dia do mês, dia da semana, local onde nos encontrávamos. Em algumas situações respondiam corretamente a uma ou outra questão, tratava-se de um exercício que fazia parte da terapia da orientação para a realidade e permitia a estimulação da memória para factos recentes, já que previamente (no dia anterior, por exemplo) tinha-lhes transmitido essa informação. Quando não sabiam eu devolvia-lhes a resposta correta, sem qualquer tipo de crítica, tentando que compreendessem a situação como uma partilha de informação e não como uma avaliação.

Uma outra atividade em particular que decidi levar a cabo, relacionada com as características do ambiente físico (temática desenvolvida no apêndice II) foi a construção de uma sinalética que indicasse o caminho da casa de banho para a «D. Lurdes». Ir à casa de banho era um problema para ela sendo encontrada diversas vezes no corredor referindo necessidade de ir à casa de banho, transparecendo nas suas palavras, desespero. Perante esta questão e com base na literatura consultada a esse respeito, elaborei umas setas de dimensões consideráveis de cor contrastante com a da parede (cor-de-laranja) e coleí-as ao nível os olhos da utente em questão, indicando o caminho do local onde ela costuma estar até à casa de banho. Na porta da casa de banho coleí uma sinalética, especificamente destinada a pessoas com demência, indicativa de casa de banho. De seguida realizei o treino com a “D. Lurdes” para aprender o caminho, tendo em mente que o treino tem de ser contínuo para ocorrerem alguns resultados e que quando abandonado a pessoa automaticamente esquece. Achados relacionados com a colocação de pistas na arquitetura do espaço, promove a tomada de decisão e autonomia na gestão e localização de espaços (National Collaborating Center for Mental Health, 2006). O investimento na autonomia da pessoa através da obtenção de pequenos progressos (deslocar-se na ida à sua casa de banho), com algumas indicações verbais sob ligeira supervisão são ganhos em saúde inestimáveis que as equipas de cuidados precisam valorizar.

Relativamente à mesma utente e à temática do ambiente físico, também foi solicitado ao filho da cliente, cuidador principal, que trouxesse objetos significativos

para a “D. Lurdes”, que fossem importantes para a mesma, nomeadamente para decorar o seu quarto, tendo-lhe sido sugeridas as fotografias ou outros que achasse conveniente. Simultaneamente foi informado dos benefícios que isso poderia trazer ao nível da memória, nomeadamente a memória passada/biográfica e a afetiva. O filho da cliente trouxe fotografias, umas emolduradas para decorar o quarto e outras soltas, que eram frequentemente mostradas à utente. Os efeitos foram muito recompensadores e mostrar-lhes fotografias que a retratavam e a outros familiares na sua vida passada, provocaram reação de surpresa e ao mesmo tempo de satisfação, de conforto e de pertença, a cada momento de visualização das mesmas. Demonstravam por um lado que ainda guardavam aquelas memórias e sentiam-se preenchidas por isso e por outro, encontravam-se perante uma realidade que compreendiam, fazendo com que se encontrassem a elas próprias, naquele momento, naquela imagem. Era visível nos olhos daquelas utentes que o momento da observação das suas fotografias constituía como que um oásis no deserto do alheamento quotidiano. Foram momentos deliciosos do estágio pois pude conhecer as pessoas que cuidava de forma profunda como nunca me tinha acontecido!

Esta técnica diz respeito a uma das terapias não farmacológicas recomendadas e já testadas e verificadas como benéfico tal como acontece a todos nós ao vermos os álbuns de fotografias da nossa infância. Pude constatar que as PIDAs são pessoas como quaisquer outras, se nos interessarmos por elas. Esta aprendizagem foi única e repetidamente instalou-se no mais fundo da minha identidade profissional!

Para além da estimulação das capacidades cognitivas, importava também prestar cuidados ao nível das funções motoras, com vista a promover a independência possível e desejada pelas pessoas e família, neste caso fala-se das terapias não farmacológicas ligadas ao treino das AVDs, para as quais os enfermeiros se encontram habilitados. Por exemplo, enquanto prestava cuidados à “D.Carolina”, as auxiliares da unidade informaram-me que era capaz de automobilizar-se na cadeira de rodas. Logo, sempre que se verificava pertinente esta utente era estimulada a automobilizar-se, sendo-lhe atribuído o tempo necessário para tal atividade e reforço positivo correspondente. Esta atividade era ainda utilizada como forma de estimulação da memória, sendo-lhe pedido para se dirigir a locais específicos, como o refeitório, bem como o seu lugar na sua mesa, atividade que na maioria das vezes fazia corretamente.

Estas atividades tinham naturalmente como objetivo não provocar prejuízo à pessoa, logo, se se verificasse que a pessoa demonstrava algum tipo de desagrado, desconforto ou sentimento de frustração a atividade era descontinuada. A importância de desenvolverem estas atividades de estimulação está relacionada com o facto de estas pessoas, não terem a capacidade de tomada de iniciativa, por efeitos do compromisso da memória principalmente, entre outros défices cognitivos, permanecendo numa imobilidade e apatia permanentes se ninguém se lhes dirigir intencionalmente. As técnicas de comunicação básica são por isso intervenções de enfermagem essenciais e ostentam um elemento estruturante do CCP. As capacidades perdem-se se não forem mantidas e para isso necessitam do acompanhamento diário de estimulação, sob pena de progressivamente se deteriorarem de forma acelerada. Os cuidados de manutenção de vida são para estas pessoas o brilho da vida!

Prestei cuidados a uma utente que se encontrava em fase avançada da demência. A “D. Capitolina” era uma senhora que estava acamada, com a linguagem e a mobilidade totalmente comprometidas. Residia na clinica desde os 50 anos. Tinha perdido o conhecimento de si própria, das coisas e das pessoas que a envolvem (agnosia). A perceção associada ao corpo também estava afetada incapacitando-a inclusive para localizar a dor. Segundo o filho progressivamente tinha deixado de reconhecer as suas dificuldades cognitivas (anosognosia) (Phaneuf, 2010). O processo de cuidados junto da cliente passou pela realização de atividades de estimulação sensorial. Estimulação do paladar através da colocação de doce na cavidade oral, para que sentisse o sabor. Esta cliente era alimentada por PEG e previamente informei-me junto das auxiliares dos sabores que apreciava anteriormente. Também foi estimulado o odor através de possibilitar que sentisse o aroma de óleos essenciais diversos. Outras atividades dirigidas a esta utente passaram por realização de massagens, nomeadamente nas mãos e pés. Realizada estimulação vestibular (do equilíbrio), com movimentos suaves de rotação no leito e sentada à beira do leito com movimentos de balanceamento do tronco para a frente e para trás. Também era realizada estimulação por meio da minha voz, em tom suave e agradável.

Estes cuidados derivaram da literatura e da investigação que me fazia cada vez mais sentido na medida em que a mobilizava nos clientes que ia selecionando em

complexidade acrescida. “A estimulação basal encoraja o contacto com o corpo e as sensações de base do doente, o que favorece a sua consciência de estar no mundo” (Phaneuf, 2010, p.258). Passa pela estimulação dos sentidos mais arcaicos, como a percepção somática, vibratória e vestibular, juntamente com estimulação dos cinco sentidos. O que dá origem a um conjunto de experiências que produzem como que um diálogo entre a pessoa e o seu corpo, ocorre um despertar para a percepção do conjunto do seu esquema corporal no sentido da apropriação da sua identidade (Phaneuf, 2010). Exemplos da estimulação são as salas de Snoezelen, promotoras de uma multi estimulação. Este tipo de técnicas todavia é ainda envolta em alguma polémica, porque se trata de uma técnica que não é devidamente individualizada, ou seja, não se sabe ao certo a quem beneficia, pois é difícil avaliar com precisão junto da pessoa porque estão presentes défices cognitivos. Nos cuidados à PIDA em fases avançadas importa desenvolver capacidades de observação fina como estar atenta a pistas não-verbais face à resposta da pessoa à atividade e apreciar ao longo do tempo os resultados (benéficos ou não), que se vão obtendo.

A literatura lembra ativamente a importância da pessoa, apesar de todas estas dificuldades, lembramos que a pessoa com Alzheimer não é uma coisa ou um “vegetal” como foi referido numa formação na clinica gerontológica que pude realizar. É uma pessoa em sentido pleno, que conserva a dignidade de ser pessoa mesmo quando desaparecem importantes faculdades de percepção. “Apesar das aparências, passam-se ainda muitas coisas na sua mente” (Phaneuf, 2010, p.256). Este pensamento ilustra bem a minha prática de cuidados em estágio, em que pessoas aparentemente alheadas de tudo, conservam significativo conteúdo cognitivo (face ao que aparentam). Inclusive relativamente à autoconsciência da patologia que possuem, ela está presente de acordo com a sua capacidade de compreensão, ainda que seja momentaneamente e sob a forma de ideias soltas. Por exemplo, durante a relação terapêutica estabelecida, a D. Lurdes dizia “sou um atraso de vida, estou esquecida”, “gosto de conversar, mas só digo é mentiras” e “aconteceu-me isto na cabeça e no corpo todo”.

Não posso deixar de refletir numa área de cuidados bem complexa como é a agitação e a contenção mecânica de que a PIDA é alvo vezes excessivas. As PIDAs internadas, manifestam muitas vezes alguma forma de agitação em virtude do ambiente perturbador que ali vive. As instituições não parecem ter sido projetadas

com base nas necessidades dos clientes e desta forma estes ambientes institucionais rígidos e insípidos acabam por agravar o *distress* dos mesmos (Waller, 2012). Por motivo das suas incapacidades a vários níveis necessitam de cuidado extra, pelo que se for privilegiado o cumprimento das regras institucionais face às verdadeiras necessidades do cliente estamos num dilema paradoxal e a PIDA pode ser prejudicada gravemente. Este poderá manifestar esse prejuízo através do desencadear de SPCD. Pode estar diversas vezes diretamente envolvida nestas situações com outro modo de estar, mediante uma interação intencional tendo a possibilidade de abrandar esta agitação, por meio de uma presença calma e serena. O uso do meu corpo e do meu saber intencional foram «ferramentas» que todo o enfermeiro deve saber usar e abusar delas. Phaneuf (2010) designa esta forma de estar por apelos de *humanitude* e Collière numa perspetiva bio antropológica afirma que o corpo é o primeiro instrumento do enfermeiro ao serviço do cuidado. São exemplos o toque com ternura, o olhar afável e o sorriso, que demonstram o reconhecimento a quem o dirigimos e também traduzem presença e disponibilidade. Constituem formas de comunicação e de estímulo ou despertar para o contacto com o mundo.

Através das aprendizagens que procurei adquirir e que se encontram presentes na definição de competências do enfermeiro de cuidados gerais: “respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos (...) Efetua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de enfermagem (...) Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais” (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Bem como foram respeitados os pressupostos éticos:

salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida (...) Contribuir para criar um ambiente propício a desenvolvimento das potencialidades da pessoa. (Ordem dos Enfermeiros, 1998)

Tive o espaço e tempo privilegiado das atividades de cuidado serem realizadas segundo o que a ciência preconiza e no âmbito de um quadro teórico, tendo sido uma experiência única, dando consistência à competência de enfermeiro generalista: “fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados” (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

De salientar que os cuidados foram prestados sem pressa, num ambiente de liberdade pedagógica e profissional, que permitiu construir de forma progressiva um processo reflexivo como instrumentos de aprendizagem. Nomeadamente os planos de cuidados e as reflexões que fiz que designei talvez abusivamente por notas de campo (pois eram uma mistura de dados e modos de organizar informação que facilitaram a minha aprendizagem) constituíram-se momentos de reflexão individual que também possibilitaram a orientação da docente.

Apreendi com mais clareza aquilo que Lopes (2005) refere como a necessidade de «dar tempo ao que é importante», daí “gastar tempo” comigo mesma e com os clientes. Refiro-me neste particular permitir-me estar com a cliente, mediante uma abordagem calma, afável, com respeito pela pessoa e preocupar-me em escutar o que ela tem para dizer com vista a decifrar o que a inquieta, ou satisfazer a sua necessidade de cariz social. Nas palavras de Benner (2001): “As enfermeiras peritas estão conscientes do valor da sua presença junto dos doentes. (...) Elas falam também da necessidade de permitir aos seus doentes que expressem o que ressentem, muitas vezes sem que elas tenham que intervir.” (p.84). A pessoa sentia-se valorizada e apesar de todos os constrangimentos inerentes à institucionalização, alcançavam algum conforto, nomeadamente o psicológico. O conforto psicológico é aquele que representa maior necessidade nestas pessoas, face ao físico, pois a relação enfermeiro-cliente é preponderante no cuidado a estas pessoas, permitindo a ligação perdida do passado ao presente, que vai talhar os comportamentos da pessoa Baillie, Merritt e Cox (2012)

Considero ter evidenciado as competências de prestação de cuidados ao nível de perito no cuidado a pessoas idosas, e em especial a PIDAs; na capacitação dos familiares, principalmente, para a gestão desta gravíssima doença crónica com um nível de prestação de cuidados de qualidade.

Na posse destas competências sentia-me preparada para dar seguimento a outro domínio de competências- gerir processos de mudança, que decorreu noutro contexto e cuja visibilidade abordo a seguir.

2.2 Aprendizagens derivadas da implementação do projeto de mudança relativo ao cuidar do sono na PIDA

Nesta fase, tal como inicialmente projetado, pretendia-se ser capaz de saber provocar uma alteração nas práticas de cuidados para níveis de maior qualidade. Implicar um grupo de enfermeiros que conhecia num cuidado que fosse centrado na PIDA, previa não ser tarefa fácil! Por se tratar de um contexto hospitalar, de um serviço de medicina com todos os constrangimentos que lhe estão inerentes e já mencionados no quadro teórico sabia de antemão que precisava ser persistente e paciente quanto a grandes resultados!

O meu local de trabalho foi selecionado para a implementação do projeto de mudança de uma prática de cuidado pois poderia dar-lhe continuidade após o estágio. Conhecer algumas das necessidades do grupo ao nível de conhecimentos também seria fator facilitador do projeto.

Havia um constrangimento que se verificava pois existia em curso a implementação de mudança de registos, portanto ocorria uma mudança pelo que tinha de potencializar as duas dinâmicas. Ao nível dos registos apenas se procedia ao registo de notas de evolução sem qualquer registo de planeamento e construção de plano de cuidados e era necessário discutir para uniformização de práticas de registos. Este projeto por outro lado ajudou porque levou os colegas a terem consciência da necessidade de materializar o planeamento de cuidados, principalmente estavam mais alerta para a necessidade de justificar por vezes o plano de cuidados. Evidentemente que a prática de cuidados excede muito os seus registos como afirma (Benner, 2001) salientando que associado aos progressos da medicina, a profissão de enfermagem tem-se vindo a tornar progressivamente mais complexa, com inúmeros atos de enfermagem impossíveis de codificar. No entanto esta realidade de mudança por certo facilitou a adesão à minha proposta de investir numa parcela do cuidado à PIDA.

Esta metodologia de trabalho por projeto para além de promover o desenvolvimento dos membros da equipa ainda origina um melhor relacionamento, melhores níveis de bem-estar o que tem repercussões positivas na prestação de cuidados (Sousa e Barroso, 2009). Exige competência de liderança, respeito pela negociação, pois esta tem de acontecer para que todos os envolvidos contribuam com a sua opinião e se chegue a uma solução/resultado com o qual todos estejam de acordo e beneficiem (Martins, 2008).

A escolha do problema não se revelava fácil pois os problemas eram imensos com menor visibilidade e adesão perante os meus colegas, pelo que gastei tempo a negociar sem me poder decidir qual a melhor abordagem. Tive de saber esperar pois como Collière (1999) menciona, a aquisição de novos conhecimentos vai modificar a nossa forma de compreensão, mas para que haja evolução importa ter a adesão do grupo.

As atividades que ia desenvolvendo informalmente com a equipa de enfermagem tiveram por base estratégias com vista a compreender os seus conhecimentos e posição face à temática mais pertinente a desenvolver. O trabalho em parceria com os meus colegas, utilizando a minha prática como modelo de um nível mais especializado, foi pertinente face à minha inexperiência e características pessoais. Constituíram também focos para a minha intervenção incidir o foco de atenção no conhecimento do cliente, no estabelecimento de uma relação empática e de confiança através dos cuidados prestados com vista a promover a autonomia, respeitar as preferências e criando um ambiente terapêutico. A par desta intenção procurava ir informando e inquietando nos detalhes do cuidado à PIDA de modo que a vontade de mudança de práticas fosse algo que ia acontecendo como desejo natural. Realizei entrevistas informais durante as reuniões de partilha de experiências dos cuidados, procurando alcançar pontos que fossem de interesse comum. Todavia condicionada pelas condições ambientais de uma enfermaria de um serviço de medicina interna e da agitação relativa às mudanças encetadas, utilizei a minha prática de cuidado como meio de intervenção formativa junto dos meus colegas e aproveitei rentabilizar as experiências de mudança em curso. Considerei adequada inclui-los diretamente nas experiências de cuidados que desenvolvia como demonstração prática e exemplos de intervenções possíveis àquelas pessoas, pois sabemos que também se aprende por imitação. Este tempo de espera permitiu-me adquirir segurança em mim mesma. Em complementaridade desta atitude esforçava-me por espelhar nos registos que eu fazia o detalhe dos cuidados prestados e utilizava os momentos de passagem de turno para partilhar as aprendizagens obtidas e também as minhas dificuldades.

Os registos através do aplicativo informático SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) que se serve da linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), permitiram-me ir ganhando confiança do grupo de

enfermeiros. Habitualmente a determinação dos diagnósticos de enfermagem e intervenções no plano de cuidados eram feitos na seleção daqueles já pré-definidos e deixado espaço por preencher nas especificações dos mesmos. Preocupe-me em preencher e detalhar essas especificações e dessa forma tornar a planificação de cuidados e consequentes notas de evolução mais individualizadas. Aprendi a saber esperar e reconhecer que as mudanças não se impõem e importa criar a melhor oportunidade sob pena de fingirmos estar a mudar algo.

Na etapa já adiantada do estágio impunha-se a escolha do tema, que foi feita por mim, pelo orientador do local de estágio e enfermeira chefe, com a concordância da orientadora da escola e contatos informais com a equipa. Propunha-me intervir numa área de simples compreensão, de cuja mudança qualquer cliente idoso beneficiasse pelo que aprofundar a área de intervenção do sono e repouso pareceu ser uma boa decisão.

2.2.1 Diagnóstico da situação acerca dos saberes dos enfermeiros relativos ao cuidado sobre a NHF sono e repouso na PIDA

Na fase de implementação o diagnóstico da situação feita dirigido à NHF sono e repouso era necessário limitar a ação de mudança que se iria desenvolver, associado ao fator tempo que era curto para se desenvolverem mudanças significativas.

Num diagnóstico inicial no âmbito da Unidade curricular opção I, constatei desconhecimento da equipa desta patologia e das suas repercussões na pessoa e família bem como das intervenções especificamente dirigidas. Tal como referem os autores Gandesha, A., Souza, R., Chaplin, R., Hood, C. (2012), o conhecimento/a consciência do que é a demência/DA e as alterações que provoca na pessoa, no que contribui para o processo de saúde/doença e as intervenções adequadas são considerados insuficientes. Também me apercebi para além da carência de conhecimentos específicos, o fato do grupo estar sobre a influência do contexto e cultura organizacional vigente algumas das NHF eram esquecidas.

Sabendo-se de forma empírica, que o período da noite é por si só um fator potenciador de desorientação, nomeadamente em ambiente desconhecido, com

efeito deveras deletério, causador de incomensurável desespero e angústia para muitas destas pessoas, considerou-se pertinente a opção por esta NHF em particular. A literatura acerca dos cuidados específicos a estas pessoas confirma estas ideias, pois as alterações provocadas pela própria patologia podem interferir no sono e os défices cognitivos e SPCD que lhe estão associados são potenciadores da desorientação e desespero acima referidos, como já mencionado no quadro teórico. Nas pessoas com demência, associado ao processo degenerativo, ocorrem alterações neuronais que podem conduzir à inversão dos ciclos de vigília e de sono (Shub, Darvishi e Kunik, 2009). Esta situação é bastante perturbadora para o cuidador informal que se depara com a privação do seu sono, provocando um aumento do encargo físico e psicológico, sendo este um distúrbio muitas vezes associado à institucionalização da PID (Shub, Darvishi e Kunik, 2009; Cole e Richards, 2006 e McCurry, Gibbons, Logsdon, Vitiello e Teri, 2005).

Assim, durante a primeira parte deste estágio desenvolvi um instrumento de diagnóstico de conhecimentos e interesses composto por uma escala de Likert e um questionário (Apêndice IV), com o objetivo de recolher informação sobre atitudes, conhecimento, crenças (Fortin, 2009) e as melhores medidas e viabilidades de mudar algo. Nestas escalas de medida foram apresentados indicadores em enunciados que refletem adequadas atitudes sobre o sono, sendo pedido aos participantes que assinalassem segundo o grau de maior ou menor acordo/desacordo. As dimensões avaliadas baseadas na bibliografia foram: conhecimentos sobre demência; a comunicação como estratégia de enfermagem; o cuidado de enfermagem à PIDA; a NHF sono e repouso, medidas de implementação do sono; vontade do grupo sobre as medidas sugeridas. Este instrumento foi apreciado pela orientadora e validado por uma perita.

Deste instrumento de diagnóstico da situação resultou um conjunto que permitiu conhecer os resultados globais de resposta da equipa, apoiando-me em gráficos construídos para o efeito e revelam os conhecimentos dos enfermeiros. Os dados foram tratados estatisticamente e construídos os respetivos gráficos (Apêndice V). Havia aspetos passíveis de serem melhorados naquele contexto hospitalar que podia melhorar o cuidado individualizado à PIDA. O plano de cuidados com respeito à NHF sono e repouso baseia-se nas estratégias decididas em equipa e são concordantes com as sugeridas no aplicativo de registos SAPE. Os resultados foram

partilhados com a equipa de enfermagem como ponto de partida para serem discutidas as melhores medidas que poderiam ser tomadas no sentido de uma melhoria das práticas.

Implementaram-se em grupo as medidas mencionadas pela equipa como a diminuição dos estímulos no período da noite. A maior ênfase de adesão foi dada ao nível das intervenções, com o preenchimento das especificações que resultavam para cada pessoa individualmente, em vez de apenas se selecionar as intervenções pré-definidas (por exemplo “incentivar a mobilidade”, “instruir sobre estratégias adaptativas para a pessoa se posicionar”). Ainda foi dado ênfase à seleção de várias intervenções que muitas vezes se realizam, mas por hábito não eram programadas/registadas, como por exemplo, “incentivar a pessoa a posicionar-se”, “instruir a pessoa a posicionar-se”, “supervisionar o posicionamento” entre outras. Esta diversidade de intervenções posteriormente deu origem a notas de evolução mais completas acerca da cliente, em termos de respostas por parte das clientes aos cuidados administrados.

Houve algumas colegas que aderiram a prestar cuidados com medidas indutoras do sono, através da realização de massagens nas mãos e pés. De referir ainda que na reunião de partilha dos resultados com a equipa sobre as medidas a implementar, o acordo que obteve mais consenso na equipa, para melhorar do sono nas pessoas, foi a redução dos estímulos perturbadores presentes no hospital no período da noite. Nomeadamente referiram as luzes de teto dos quartos ligadas, bem como o ruído resultante da interação entre profissionais e manuseamento de determinados equipamentos como o “carro de higiene” ou o “dos sujos”. Apesar de se tratar de medidas genéricas, não deixaram de constituir problema apontado pela maioria da equipa e manifestaram sobretudo a intenção de estar mais atentas e empenhados em desenvolver estratégias de melhoria face ao problema. Desta forma a adoção das medidas de redução destes estímulos perturbadores no turno da noite foi não só benéfica como um pequeno contributo para a promoção de um sono mais repousante nos doentes, como também teve um efeito tranquilizador muito em especial nas PIDA.

No projeto concretamente, no que respeita à satisfação da NHF sono e repouso, o que foi alcançado, mas sem grande expressão, foi a colheita de dados acerca dos hábitos de sono de PIDA. A admissão de vários doentes e o número escasso de

enfermeiros dificulta uma colheita de dados apurada, pelo que o plano de cuidados era pouco individualizado. Porém comparativamente ao anteriormente vivido os planos de intervenção foram enriquecidos passando a ter expressas mais intervenções referentes a esta necessidade. Verificou-se existir uma maior preocupação na redução dos estímulos no período da noite não só pelos enfermeiros como assistentes operacionais que eram alertados sempre que necessário. O facto desta medida ter sido sugeridas pelos próprios enfermeiros por certo teve influência nos resultados, pois as mudanças ocorrem melhor e são mais duradouras quando o grupo é envolvido na tomada de decisão sobre as mesmas.

Ao longo de toda a minha abordagem, aquando da implementação destas atividades com vista á mudança nas práticas, preocupei-me em desenvolver e mobilizar competências como a liderança e negociação já referidas, mas também a resolução de conflitos, assertividade e motivação, que passo a descrever a título de exemplo. Neste trabalho de líder noviço e também o fato de ser elemento jovem relativamente a outros elementos da equipa, procurei sempre envolver a equipa nos cuidados. Nos momentos de passagem de turno fui tentando cativar a equipa para desenvolver planos de cuidados personalizados à PIDA. As estratégias que fui desenvolvendo com a equipa de enfermagem não tinham como objetivo impor ideias, antes eram sugeridas de modo fundamentado quer pelos registos efetuados, quer aquando da passagem das ocorrências e nos momentos de discussão informal. Eram discutidas as ideias relativas aos problemas em vez de serem impostas ideias (Eneh e Vehviläinen-Julkunen, 2012).

Irei ilustrar uma situação que se desenrolou na etapa de conquista do grupo na qual a colega envolvida ainda hoje a recorda, pelo que julgo tê-la influenciado de alguma forma. Deparei-me com uma situação de cuidados, em que havia resistência aos cuidados por parte de uma PIDA. A doente recusava a injeção solicitando discutir com a médica que não estava presente. Com o intuito de gerir a situação envolvendo as minhas colegas, solicitei a uma que representasse o papel da médica falando com a cliente sobre a necessidade de administração da insulina. No final, foi possível realizar a técnica com o consentimento da cliente, sem agitação ou agressividade. Tive relutância em “desrespeitar” o valor universal da verdade defendido no Código Deontológico, pois ali manter a verdade perante o cliente seria uma estratégia prejudicial pois à medida que a demência progride e as pessoas se

tornam menos capazes importa entrar no mundo delas e apreciá-lo em conjunto com elas (Davies e Cross, 2011). Discutimos a situação e como a «mentira» pode ser terapêutica e legitimada em alguns momentos dos cuidados, priorizando valores e tendo o bem-estar da pessoa como meta! Estes incidentes são diários nas equipas e o enfermeiro especialista precisa estar desperto para ser agente formativo e dinamizador de criar dúvidas e ajudar nas soluções.

Em relação á motivação, procurei de igual forma enquanto agente facilitador ou desencadeador de mudanças, procurei proporcionar um ambiente motivador, reconhecer as competências existentes nos colegas enfermeiros, lançar desafios permitindo que contribuíssem na sua criatividade (Bueno, 2002). O saber existente é mais do que acreditamos ter e estes pressupostos foram tidos em conta, acreditando eu que a verdadeira motivação do enfermeiro se encontra na «descoberta pessoal» que cada um faz sobre a essência da profissão. O carácter de ajuda ao outro e esta ação é que contribui para que desempenhem o seu papel de forma eficiente (Pereira e Fávero, 2001). Constató que por meio do desenvolvimento destas competências, se por um lado consegui desenvolvê-las, por outro lado sinto que a observação das mudanças precisa de medições regulares à medida que o processo se vai desenvolvendo. Não havia espaço temporal para implementar esta metodologia de medir o processo de mudança que ia ocorrendo.

A competência de resolução de conflitos pode ser desenvolvida no decurso do projeto, na medida em que perante uma situação em que havia desacordo entre os elementos da equipa, preocupava-me em discutir com as pessoas implicadas aquela mesma situação, ouvindo as suas opiniões e fundamentando as minhas ideias. Considero que a minha abordagem se aproximou na maioria dos casos com a técnica de resolução de conflitos de colaboração, que é considerada a mais adequada, em que há uma negociação dos interesses das partes envolvidas tentando alcançar o que ambos pretendem (Kaitelidou et al, 2012). A assertividade também foi uma das competências que procurei desenvolver, tratando-se de expor de forma direta e apropriada os nossos direitos, sentimentos, opiniões, respeitando e integrando também a perspetiva do outro (Grilo, 2012). Esta capacidade autoavaliou-se como das mais necessárias à minha pessoa e aos enfermeiros em geral, que têm ainda dificuldade em afirmar-se com receio dos conflitos e dificuldade de defender

as suas convicções. Os conhecimentos de que a pessoa dispõe são a base para a redução desta dificuldade.

Devo ainda acrescentar que a parceria com o orientador do local de estágio e também ele enfermeiro especialista tendo sido determinante na implementação deste projeto de mudança de práticas uma vez que trabalhámos em conjunto para o mesmo objetivo. Houve necessidade de se desenvolverem processos de negociação quer com o meu orientador, quer com os meus colegas na marcação das datas de reunião, que tiveram de ser repetidas para todo o grupo ficar envolvido. O horário de *roulement* dos enfermeiros dificulta o avanço rápido dos processos de mudança e essa aprendizagem tive consciência dela. O ditado «devagar que tenho pressa» impõe-se se desejamos ter sucesso, embora a cultura vigente seja de rapidez e de «trabalho pronto».

O que retiro desta experiência é que o processo de negociação implica que se definam objetivos com contributos de todos os implicados e fazer uma gestão de conflitos comunicando com assertividade e sem adiar o confronto saudável. Sem dúvida que se obtiveram alguns resultados, mas fico com a certeza de que me encontro a percorrer um caminho lentamente. Estas competências são importantes no sentido de continuar a promover algumas mudanças nas práticas, fruto dos conhecimentos que fui incorporando ao longo deste processo formativo. Relativamente à consciencialização das intervenções específicas no cuidado à PIDA sinto a necessidade e motivação para continuar a tentar influenciar a equipa sobretudo no que diz respeito aos cuidados básicos que são uma área de essência da enfermagem, que está sendo delapidada com a sua dispersão por vários profissionais menos dispendiosos. A delegação caso a caso/cliente a cliente dessas tarefas precisa ser uma área bem refletida pela profissão sob pena de em ambiente hospitalar os cuidados de enfermagem ficarem reduzidos à administração de protocolos terapêuticos e eventual vigilância e monitorização dos processos patológicos!

Concluindo como aprendizagem essencial em contexto hospitalar continua a vigorar e a assistir-se a um ambiente apressado, que tende a reduzir os cuidados a tarefas. Face a este cenário e apoiando-me em Collière (1999), as sociedades ocidentais tenderam ao longo do tempo a separar o corpo da mente, a pessoa do grupo a que pertence e dos seus próprios interesses. Neste sentido, os cuidados de enfermagem

encontram-se muito centrados nos cuidados de reparação, desvalorizando os cuidados de manutenção que permitem à pessoa continuar a viver de acordo com o que para ela significa viver. No serviço onde desempenho funções e o projeto de mudança esta tendência não é exceção, mas com vontade a equipa, deseja inverter esta tendência, se a instituição/ chefia o permitirem.

3. Conclusão

Após a concretização deste projeto de mudança de práticas, autoavalio este processo como muito satisfatório. Justifico esta afirmação pelo facto de ao ter-me proposto influenciar as práticas dos enfermeiros, julgo ter lançado a semente nesse sentido e atualmente já se verificam mudanças que ambicionava que viessem a ter lugar e que representam o início de um processo lento. Por outro lado, dos objetivos almejados neste projeto também faziam parte, a aquisição de competências no cuidado à PIDA, como base de suporte para proceder à tentativa de alteração de práticas de cuidados minhas e de outros elementos. Quanto a estas competências julgo tê-las desenvolvido como vem expresso neste relatório e sem elas dificilmente conseguiria influenciar o grupo de trabalho onde me insiro.

Do ponto de vista do desenvolvimento das competências do cuidado específico à PIDA, foi muito oportuno a realização de um estágio num contexto de cuidados especificamente direcionado para o cuidado da pessoa idosa com doença mental, pois constituiu-se como um fator facilitador e inspirador no desenvolvimento das competências que ambicionava atingir. Assim, baseando-me na conceção de cuidados segundo Collière e na abordagem de cuidados centrados na pessoa e nos cuidados específicos que a literatura apresenta desenvolvi, a meu ver, planos de cuidados completos e complexos, a um nível especializado no tema da PIDA. Concluí, baseada na literatura e investigação e com base nas atividades desenvolvidas neste projeto, que importa conhecer a pessoa na sua especificidade dos seus valores, crenças e preferências, bem como a família e recursos de todo o meio envolvente. Faz também parte deste conhecimento, a avaliação das suas capacidades quer motoras, quer as cognitivas que assumem nestas pessoas com esta patologia, particular importância. Pois são as capacidades cognitivas que vão ditar o grau de gravidade da demência e que irá determinar todas as progressivas incapacidades aos vários níveis da pessoa. Estas avaliações devem ser realizadas com base em instrumentos específicos para esse efeito e de forma regular, de modo que a avaliação diagnóstica seja fina e defina as capacidades e limitações presentes. O quadro algo negro que muitas vezes se associa a estas pessoas precisa mudar, pois nem tudo são incapacidades e cabe aos enfermeiros poder ajudar a mudar o destino na vida da PIDA ou com demência. Ou seja, para além das avaliações referidas, os enfermeiros deverão elaborar planos de cuidados tendo em

conta as capacidades da pessoa que podem ser estimuladas, por forma a abrandar as incapacidades que advêm desta patologia e da forma que mais sentido fizer para a pessoa e família. O aspeto que se deve encontrar sempre presente é o relacional, principalmente em contexto hospitalar para que haja uma evolução de mentalidades e contrariar a tendência da superficialidade e distanciamento da relação enfermeiro-cliente de toda uma equipa, que precisa estar viva e empenhada no Cuidado Humano, como o cimento que liga e une as pessoas!

Não é demais salientar que no cuidado a estas pessoas assume enorme preponderância o fator relacional, quer seja através da comunicação verbal, quer seja através pelo toque intencional. A interação com a cliente tem a capacidade de promover tranquilidade e bem-estar, face a tensões provocadas pela incapacidade de decifrar o ambiente envolvente ou de expressar outra qualquer necessidade. A importância de uma relação de ajuda com o cliente, manifesta-se na prática como um “elixir” que consegue na maioria das situações substituir uma postura tensa e oprimida e transformá-la lentamente por um sorriso distendido no rosto, mesmo que tal seja por frações de segundo. Ao assumir esta prática intencional como modo de estar junto da PIDA, pois são estas quem mais precisam de ajuda contínua, ajudamos a situar a pessoa perdida e situá-la num ambiente amistoso global. Do mundo desconhecido em que se encontra, podemos colocar a pessoa em contacto quer consigo mesma, quer com o mundo exterior de uma forma mais pacífica e harmoniosa. Esta situação deve-se a que ambos os mundos da PIDA possam encontrar-se em desvanecimento progressivo da memória, mas pode conseguir-se mesmo tentar avaliar a dor psico-emocional que possa estar a viver e a causar sofrimento.

Precisei investir energia na compreensão que o grupo fazia da PIDA. Importa transformar o olhar de cada um de nós humano para cada um dos outros seres humanos. O que acontece na PIDA é que se acredita ainda ser aquela condição, como a manifestação de comportamentos desajustados ou de défices cognitivos, inerentes à sua patologia e pensamos de imediato e unicamente na medicação possível de aplicar. Ora pude aperceber-me no desenrolar dos cuidados que prestei com todo o tempo de estudante para cada uma daquelas pessoas, da verdadeira essência da enfermagem do cuidado. Da avaliação multidimensional da pessoa, do conhecimento da sua história e hábitos de vida desde a sua infância, passando

pelas experiências significativas que a família me dava, pude desenhar e implementar planos de cuidados concordantes com a sua história de vida. Este modo de estar faz sentido para a enfermagem ter legitimidade para existir como profissão e disciplina! Estes desafios e reflexão sobre esta concepção de prática de cuidados espelham a mudança operada na minha atitude e desejo continuar a desenvolver na equipa com quem trabalho. Saliento que eu mesma também tinha muitas vezes uma postura mecanicista e técnica, recorrer de imediato à abordagem farmacológica se a pessoa estava agitada ou não dormia. Muitas medidas podem ser implementadas de forma singular ou concomitante e fazer com que o sono seja um momento da vida vivido em serenidade e recuperador de energia.

Atualmente a minha abordagem mudou dando atenção particular no partilhar com os meus colegas de modo fundamentado as ideias que vou consciencializando. Em particular a atenção à família como recurso e alvo de algum apoio, tornou-se algo mais efetivo. Os cuidados na melhoria do sono podem ser significativamente melhorados se no hospital forem recriados e ajustados os hábitos de sono de cada pessoa. De grande exigência é o desafio que se coloca à Enfermagem e à sociedade pois as PDA por via das suas alterações cognitivas, necessitam de dedicação de um tempo extra, comparativamente a clientes que não apresentam alterações cognitivas, para lhes ser oferecido um cuidado efetivo. Como referem Baillie, Cox e Merrit (2012) as pessoas idosas internadas no hospital terão mais necessidades ao nível da dimensão psicológica, enquanto nas restantes pessoas será a dimensão física aquela que necessita maior atenção por parte dos enfermeiros. Está claramente estipulado que mais facilmente se identifica e atende a esta última situação que a primeira, pelo que o internamento hospitalar deve ser recurso último. Face ao contexto de pressa que se vive no hospital, os enfermeiros veem-se obrigados muitas vezes a substituir as pessoas, nomeadamente em atividades de autocuidado, a contrariar a sua vontade o que trás malefícios para as mesmas, nomeadamente aumento da incapacidade e potencia o desenvolvimento de SPCD respetivamente. A cultura organizacional do hospital valoriza a rapidez, a execução de técnicas para reverter “situações clínicas agudas”, sendo dada prioridade aos clientes com sintomas físicos conhecidos face às desconhecidas necessidades das pessoas com demência (Baillie, Cox, Merrit, 2012).

Na continuação de evitar o internamento importa agir ao nível a comunidade de modo que o enfermeiro de família atue nesse sentido. Para os familiares deve ser deveras complexo, se não tiver conhecimentos na área, detetar os primeiros sinais desta doença, pois habitualmente estamos à espera que alguém se queixe de algum sintoma ou alteração que note em si e as pessoas afetadas por esta doença não têm a capacidade de o fazer.

O cuidado à PIDA é uma área que a sociedade precisa investir global e eficazmente particularmente na deteção e intervenção precoce. Trata-se de uma patologia com uma vertente de suposição muito forte, no entanto como a pessoa vítima desta doença não consegue transmitir os seus sintomas em concreto, torna-se também difícil a tarefa de compreendê-la e tentar adequar os melhores cuidados possíveis, ao contrário da maioria das doenças. Nos cuidados a “tentativa e erro”, mencionada por Lopes (2005) no cuidado às pessoas com alterações cognitivas são mais uma faceta da complexidade e exigência destes cuidados paradoxalmente tão esquecidos. Saber ler e decifrar o que nos transmite o corpo do cliente, tentando compreender qual a problemática que vivencia, o que lhe perturba o sono, por forma a adequar a melhor intervenção no cuidado são cuidados para enfermeiro perito, pois nos primeiros anos do principiante as suas preocupações são de outra natureza.

As estratégias de cuidado cientificamente comprovadas são exigentes como procurei relatar nas aprendizagens que fiz no estágio. Exige-se mudança de modelo vigente pois as terapias não farmacológicas são benéficas e com muito menos efeitos secundários que a terapêutica farmacológica, além de mais baratas, precisando ser desenvolvidos programas individuais que contemplem as terapias não farmacológicas mais adequadas a cada pessoa e família. É importante a colaboração do cuidador na aplicação de algumas das estratégias não farmacológicas, pois podem ser incluídas nas atividades do dia-a-dia (Manuela Guerreiro, 2005). A participação da família nos cuidados, nomeadamente na fase indutora do sono, é desejável, se esta tiver desejo e disponibilidade, pois o *burden* do cuidador familiar é outro problema que importa prevenir.

Relativamente á mudanças nas práticas nos cuidados de enfermagem que pretendia experienciar foram das aprendizagens mais complexas. Os passos deste percurso foram cumpridos: preocupei-me em envolver os colegas nesse processo. Esta etapa

foi muito interessante pois os mesmos demonstraram alguma inquietação face ao alerta que o sono como problemática em estudo lhes suscitava! Desta forma e uma vez inquietados de forma saudável, foi realizado um processo de pesquisa com recurso à literatura e investigação existente. Pude perceber a importância de fundamentar as minhas propostas de intervenções perante os meus colegas e chefia, com vista a convencer da sua importância e desenvolver um trabalho sólido que visasse a obtenção de mudanças no cuidado à preparação para um sono relaxante e proporcionar um cuidado de maior qualidade à PIDA. No que respeita ao caminho de tentar influenciar a prática dos meus colegas, apesar de ter dado grande importância à discussão em grupo e de modo informal sempre que oportuno, procurando compreender as suas opiniões, senti resistência á mudança, como é natural. Assim não foi muito expressiva a mudança ao nível da mudança nas práticas relativa à NHF sono e repouso nas PIDAs. A equipa conseguiu obter a redução de estímulos perturbadores no período da noite em alguns colegas, durante o período de estágio e aconteceu alguma consciencialização do problema. No entanto denoto mudança de atitudes e estratégias de cuidar de PIDA, alguma conscientização no sentido da valorização destas pessoas. Ou seja, a aquisição de alguns conhecimentos, imagino que por motivo da minha participação como estudante terá ditado estas mudanças, em particular menor passividade e mesmo negligência perante comportamentos pelos quais a PIDA não é responsável. Inclusive já terminado o estágio notei ao nível dos registos mudanças que revelam haver mais mudanças do que inicialmente pensei terem existido. Sente-se maior aderência à individualização do planeamento dos cuidados, manifestado nos registos no aplicativo SAPE, surgindo mais vezes já preenchido o campo das especificações das intervenções no que diz respeito ao sono.

Constatei que relativamente às competências que promovem a mudança nas práticas, como sejam a assertividade, liderança, negociação e motivação, encontro-me num processo de aperfeiçoamento e desenvolvimento contínuo, sendo a segurança e timidez áreas a investir como futuro especialista.

Partindo do momento onde agora estou no meu processo de desenvolvimento, que por razões académicas do fim do curso suspendo, inicio novo caminho e pretendo continuar na busca contínua de melhores práticas. Fui já solicitada por parte da equipa, para a realização de intervenções educativas acerca dos cuidados à PIDA,

tal fato revela ter-se dado uma tomada de consciência no grupo dos enfermeiros que disporem de mais conhecimentos poderá fazer a diferença no cuidar a PIDA. Deste modo face ao caminho aberto, pós-intervenção da minha parte e já não como estudante, vai ser feito outro diagnóstico da situação, já agendada com a chefia como um momento educativo, visando comparar a evolução do grupo face aos dados iniciais. O debate e o reforço dos saberes existentes no grupo, será a chave do sucesso!

No processo de consciencialização da temática do cuidado individualizado à PIDA, apercebi-me que dos maiores constrangimentos na génese do problema que pesa e estas pessoas enfrentam dolorosamente é o estigma da doença mental, pois está em oposição aos valores de facilitismo, indiferença global e consumo fácil da sociedade. Como pude promover uma relação de confiança pude desenvolver cuidados que permitiram compreender os problemas que as pessoas estavam a viver, adequar as intervenções às suas preferências, manter e dar mais vida ao viver destas pessoas, sem ocorrerem resistências e no âmbito de uma relação de cumplicidade humana. Constatei existirem pequenas grandes alterações, nomeadamente uma maior consciencialização e sensibilidade face à abordagem da PIDA, exigindo um plano formativo com conhecimentos específicos relativos aos cuidados que estas pessoas precisam.

Constatei e compreendi que a atuação dos enfermeiros é influenciada negativamente por um modo de viver social que não valoriza, nem prioriza o cuidado do ser humano, pelo que a profissão se debate por afirmar o que constitui a essência do ser humano e a resposta que a profissão precisa dar exigirá esforço e inteligência, se desejarmos corresponder aos anseios das pessoas.

A pessoa idosa não pode continuar a ocupar um lugar inferior, nem as PIDA podem situar-se ainda mais abaixo na hierarquia de preocupações e investimento coletivo. É no respeito e dignificação da pessoa que todos os enfermeiros precisam centrar-se e defender a todo o custo, sob pena da profissão perder legitimidade de existência. Estou certa que a sociedade saberá responder a mais este desafio!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baillie, L., Cox, J. e Merrit, J. (2012). Caring for older people with dementia in hospital. Part one: challenges. *Nursing Older People*. 24 (8). 33-37.

Baillie, L., Cox, J. e Merrit, J. (2012). Caring for older people with dementia in hospital. Part two: strategies. *Nursing Older People*. 24 (9). 22-26.

Barreto, J. (2005). Os sinais da doença e a sua evolução. In A.C. Caldas e A. Mendonça (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.27-40). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Boustani, M., Ham, R. (2007). Alzheimer`s disease and other dementias. In R. J. Ham (Edit), *Primary care geriatrics – a case-based approach* (pp. 219-236). USA: Mosby Elsevier.

Bueno, M. (2002). As teorias de Motivação Humana e sua contribuição para a empresa humanizada: um tributo a Abraham Maslow. *Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão*. 6.

Cole, C., Richards, K. (2006). Sleep in persons with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. 32 (3). 48-53.

Collière, MF. (1999). *Promover a vida*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa: LIDEL.

Collière, MF. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. (2ª edição), Loures: Lusociência.

Costa, M. (2011). Demência de Alzheimer: Impacto na pessoa doente e na família. *Revista Nursing*. Abril. 11-18.

Cowdell, F. (2010). Care of older people with dementia in an acute hospital setting. *Nursing Standard*. 24(23). 42-48.

Davies, K., Cross, J. (2011). *Common Core Principles for Supporting People with Dementia*. Leeds: Skills for Care & Skills for Health.

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., Nay, R. (2009). Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*. 19. 2611-2618.

Eneh, V., Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Nursing leadership practices as perceived by Finnish nursing staff: high ethics, less feedback and rewards. *Journal of Nursing Management*. 20. 159–169.

ESEL, 2011. Planeamento do Mestrado. Documento facultado na Unidade Curricular de Opção II.

Fletcher, K. (2008). Dementia. In Capezuti, E. *et al. Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (pp.83-103). Springer Publishing Company.

Fortin, MF. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta

Gandesha, A., Souza, R., Chaplin, R., Hood, C. (2012). Adequacy of training in dementia care for acute hospital staff. *Nursing Older people*. 24 (4). 26-31.

GEECD – Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, (2008). *Escala e Testes na Demência* (2ª Ed.). [S.I.]: GEECD.

Grilo, A. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 13 (2). 283-297.

Guerreiro, M. (2005). Terapêutica não farmacológica da demência. In A.C. Caldas e A. Mendonça (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.121-148). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.

Henderson, V. e Nite, G. (1978). *Principles and practice of nursing* (6ª Ed.). Nova Iorque: Macmillan Publishing

Honoré, B. (2013). *O cuidar em perspectiva. No centro de um cuidado humanizante*. Loures: Lusociência.

Kaitelidou, D. et al (2012). Conflict management and job satisfaction in paediatric hospitals in Greece. *Journal of Nursing Management*. 20. 571–578.

Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: the person comes first*. United Kingdom:Open University Press.

Lopes, M.A.P. (2012). Proteger a identidade da pessoa idosa com alterações cognitivas no hospital um desafio no cuidado de enfermagem. IN: Basto, M.L.. *Cuidar em enfermagem. Saberes da prática*. Formasau.

McCurry, S., Gibbons, L., Logsdon, R., Vitiello, M., Teri, L. (2005). Nighttime insomnia treatment and education for Alzheimer's disease: a randomized, controlled trial. *American Geriatrics Society*. 53 (5). 793-802.

Moyle, W., Olorenshaw, R., Wallis, M. e Borbasi, S. (2008). Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*. 3(2) .121-130.

National Collaborating Center for Mental Health (2007). *Dementia A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care*. National Clinical Practice Guideline Number 42. Londres: The British Psychological Society and Gaskell.

Nunes, B. (2005). A demência em números. In A.C. Caldas e A. Mendonça (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.11-26). Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.

Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Olazarán et al (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 30. 161-178.

Ordem dos Enfermeiros (1998). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

Pereira, M., Fávero, N. (2001). A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. *Revista Latino-americana Enfermagem*. 9(4). 7-12.

Phaneuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado, a doença de Alzheimer*. (2ªed.). Lusodidacta.

Shub, D., Darvishi, R., Kunik, M. (2009). Non-pharmacologic treatment of insomnia in persons with dementia. *Geriatrics*. 64 (2). 22-26.

Sousa, L. e Barroso, M. (2009). Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 13 (1). 181-187.

Rasin, J. e Kautz, D. (2007). Knowing the resident with dementia. Perspectives of assisted living facility caregivers. *Journal of Gerontological Nursing*. 33(9). 30-36.

Raynal, Serge (2000). A gestão por projeto. Lisboa: Instituto Piaget.

Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. e McCormack, B. (2003). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*. 47(1). 81-90.

Ruivo M., Ferrito C., Nunes L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de Etapas. *Percursos* (5), 1-37.

Santana, I. (2005). A doença de Alzheimer e outras demências – diagnóstico diferencial. In A.C. Caldas e A. Mendonça (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.61-82). Lisboa: Lidel- Edições Técnicas, Lda.

Sleep Health Foundation (2011). Dementia and sleep. Disponível em www.sleephealthfoundation.org.au

Thompson, I., Melia, K., Boyd, K. (2000). Ética em Enfermagem. (4ª edição), Loures: Lusociência.

Vitiello, M., Borson, S. (2001). Sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease. *CNS Drugs*. 15 (10). 777-796.

Waller, S. (2012). Redesigning wards to support people with dementia in hospital. *Nursing Older People*. 24 (2). 16-21.

Who (2012) – Dementia: a public health priority. Switzerland: Who.

Who (2005)- Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions. Switzerland: Who.

ANEXO I - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO: AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

Avaliação Breve Do Estado Mental

I. Orientação

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz”. (Dar um ponto por cada resposta correta)

1. Em que ano estamos? _____
2. Em que mês estamos? _____
3. Em que dia do mês estamos? (Quantos são hoje?) _____
4. Em que estação do ano estamos? _____
5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) _____
6. Em que País estamos? (Como se chama o nosso país?) _____
7. Em que Distrito vive? _____
8. Em que Terra vive? _____
9. Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) _____
10. Em que andar estamos? _____
- NOTA** _____

II. Retenção

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras”.

As palavras são:

PERA

GATO

BOLA

“Repita as três palavras.”

(Dar um ponto por cada resposta correta)

PERA _____ GATO _____ BOLA _____ **NOTA** _____

III. Atenção e Cálculo

“Agora peço-lhe que me diga quantos são **30** menos **3** e que ao número encontrado volta a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar.”

(Dar um ponto por cada resposta correta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtração, mas continuando a subtrair corretamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(30) (27) (24) (21) (18) (15) **NOTA** _____

IV. Evocação

(Só se efetua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção). “Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir”. (Dar um ponto por cada resposta correta)

PERA _____ GATO _____ BOLA _____ **NOTA** _____

V. Linguagem

(Dar um ponto por cada resposta correta)

a) Mostrar o relógio de pulso.

“Como se chama isto?” **NOTA** _____

b) Mostrar um lápis.

“Como se chama isto?” **NOTA** _____

c) Repetir a frase:

“O rato rói a rolha”

NOTA _____

d) “Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão” (ou: coloque-o aqui em cima da secretária/mesa”- indicar o local onde o papel deve ser colocado).

(Dar um ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

- Pega no papel com a mão direita _____
- Dobra o papel ao meio _____
- Coloca o papel no chão _____

(ou no local indicado)

NOTA _____

e) “Leia e cumpra o que diz neste cartão”.

(Mostrar o cartão com a frase: **“FECHE OS OLHOS”**

Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase).

(Dar um ponto por cada realização correta)

NOTA _____

f) “Escreva uma frase”.

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letras não contam como erros).

A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)

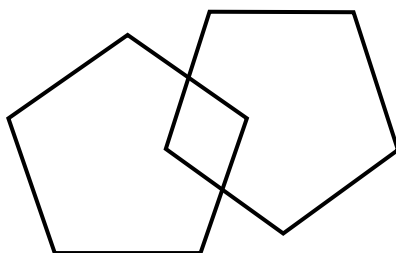
NOTA _____

g) “Copie o desenho que lhe vou mostrar”.

(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles estar intersetados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados)

NOTA _____



NOTA TOTAL _____

Valores do grupo de controlo

Pontos de corte:

Idade superior a 40 anos:

- Analfabetos: defeito ≤ 15
- 1 a 2 anos de escolaridade: defeito ≤ 22
- 11 anos de escolaridade: defeito ≤ 27

APÊNDICE I: OBJECTIVOS DO PROJETO

Objetivos gerais

- Adquirir competências ao nível do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa com DA e família tendo como base orientadora a abordagem de cuidados centrados na pessoa
- Proporcionar o conhecimento e a valorização das pessoas idosas com DA e família internadas num serviço de Medicina Interna com base na abordagem de cuidados centrados na pessoa

Objetivos específicos

Primeiro objetivo geral

- Conhecer a pessoa com DA e família a quem presto cuidados, internada numa unidade de psicogeriatría
- Estabelecer uma relação terapêutica eficaz com a pessoa com DA e família internada numa unidade de psicogeriatría
- Prestar cuidados baseados na abordagem do cuidado centrado na pessoa, às pessoas com DA e família internada numa unidade de psicogeriatría
- Prestar cuidados globais à pessoa com DA e família internada numa unidade de psicogeriatría
- Promover o conforto da pessoa com DA e família internada numa unidade de psicogeriatría
- Realizar registos de enfermagem ao nível de especialista

Segundo objetivo geral

- Que os enfermeiros manifestem sensibilidade e empatia pela pessoa idosa com DA
- Que cerca de 25% dos enfermeiros colha dados acerca dos hábitos e história de vida da pessoa com DA junto da família
- Que eu preste cuidados ao nível de especialista à pessoa com DA, em situações complexas, como forma de demonstração aos colegas, baseado no quadro teórico dos cuidados centrados na pessoa

**APÊNDICE II - NOTA DE CAMPO: AMBIENTE TERAPÊUTICO PARA
A PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA/ DOENÇA DE ALZHEIMER
NUMA INSTITUIÇÃO**

Ambiente terapêutico para a pessoa idosa com demência/ doença de Alzheimer numa instituição

O ambiente que rodeia a pessoa idosa com demência tem um grande peso na evolução desta patologia, assim como no bem-estar geral da pessoa. Assim por contexto entende-se não só a componente estrutural, física como também as atitudes para com estas pessoas, nomeadamente, as dos cuidadores. Focando-me na primeira vertente de ambiente, referida, o ambiente que rodeia a pessoa tem grande influência no seu bem-estar físico e psicológico (Waller, 2012).

As instituições que acolhem e cuidam pessoas com demência deveriam incluir no seu *design* características que: promovessem a sua independência, reduzissem a agitação e outros comportamentos psicológicos e comportamentais e a administração de terapêutica anti psicótica, favorecessem a interação social, melhorassem a nutrição e hidratação, aumentassem o envolvimento em atividades significativas e encorajassem um maior envolvimento e entusiasmo por parte dos cuidadores (Waller, 2012).

Um exemplo prático consiste na colocação de uma fotografia, tipo retrato, da pessoa em idade jovem na porta do quarto, para que ela o encontre e identifique (National Collaborating Center for Mental Health, 2007).

Outros exemplos destes aspetos favoráveis para pessoas com demência, será cada quarto ter uma cor diferente, a criação de espaços nos corredores onde as pessoas possam interagir socialmente e criar contrastes de cores no mobiliário, por exemplo os puxadores das portas em amarelo, o assento da sanita e as barras de apoio em azul-marinho (Sprinks, 2012).

Outros autores ainda, referem que a pessoa com demência em ambiente institucional deveria ter ao seu dispor a oportunidade de escolher entre um ambiente de retiro, relaxante, ou com o propósito de socialização ou com determinado nível de estímulo/atividades (Lawton, 2001).

A título de complemento, face ao já referido no quadro teórico quanto à sugestão de que o ambiente se assemelhe ao familiar, também objetos que representem memórias do passado, como fotografias, música nostálgica ou outros objetos significativos contribuem para o desenvolvimento de sentimentos positivos e melhoria do humor (Lawton, 2001).

Face ao exposto, o ambiente físico da unidade psiquiátrica onde se desenvolve o estágio podemos considera-lo muito satisfatório, embora algumas alterações pudessem ser realizadas a baixo custo.

Passamos a descrever o referido contexto. A unidade tem uma forma retangular, com duas entradas principais a cada um de dois dos vértices mais próximos e outra no lado oposto de comunicação direta com outras unidades e três corredores que se comunicam, ao longo dos dois lados mais compridos e de um dos mais curtos do retângulo (formando um “U”), vai de uma das entradas principais à outra, existem duas salas de estar junto a cada uma das entradas principais e o refeitório situa-se entre as mesmas. Ao longo dos corredores correspondentes aos lados mais compridos do retângulo, do lado externo situam-se os quartos e as casas de banho das utentes e na zona interna encontram-se janelas à volta formando um quadrado interno, com o gabinete de enfermagem no lado oposto ao do refeitório, que favorece a observação e vigilância. Existe ainda outra sala de estar mais pequena habitualmente destinada às visitas e duas salas para efeitos de lavandaria. As salas de estar principais estão equipadas com mobiliário semelhante ao das salas de casas familiares comuns, com móveis de televisores e vários sofás individuais, alguns elétricos. Os quartos, são três individuais e seis com três camas cada, equipados com mesa-de-cabeceira e roupeiros, sendo que estes últimos se encontram trancados. Nos corredores as paredes são de cor bege e têm uma zona com pequenos quadros. Para aceder aos quartos existem pequenos corredores perpendiculares ao corredor principal, seguidos de pequenos halls onde se encontram as portas, quer dos quartos quer das casas-de-banho. Nos dois corredores laterais há uma zona interna com janelas de grandes dimensões que deixam entrar muita luz solar, nas salas de estar existem várias janelas de dimensões inferiores. No refeitório, existem várias mesas com capacidade para quatro utentes cada.

Possuía outros pormenores interessantes: o chão dos corredores é de mosaico, no entanto o pavimento de cada divisão é variável, adequado à função de cada uma, mimetizando o que existe nas casas comuns. Ainda nas casas-de-banho, todo o equipamento é branco, podendo se tornar invisível para as pessoas com demência, já que não há contrastes de cores. Dispõem de dispensador de sabão em espuma, de papel higiénico em folhas individuais e de toalhetes para secar as mãos.

Existem também jardins interiores e exteriores, mas as utentes só os podem frequentar se lá forem levadas pelas profissionais de saúde ou voluntária. Desde já referir que nesta unidade se encontram internadas trinta pessoas do sexo feminino, com diversos graus de dependência e diversas patologias do foro psiquiátrico, desde esquizofrenia, oligofrenia, psicoses e outros transtornos comportamentais. Nove destas trinta pessoas sofriam de demência/ doença de Alzheimer.

Desta breve descrição, pude sugerir melhoria nas paredes que poderiam conter murais, eventualmente desenvolvidos nas oficinas de artes por outras utentes da clínica com essas capacidades. Também os quartos poderiam ser pintados de diferentes cores, bem como na porta do quarto, ao nível dos olhos das pessoas poderia existir a fotografia tipo passe da pessoa, em idade jovem e atual. A colocação de sinaléticas junto às portas das casas de banho com imagens de cores vivas em contraste com o fundo seria benéfico. Relativamente ao equipamento da casa de banho deveriam existir sabonetes e toalhas de cores contrastantes com o fundo da parede. Aspetos de maior individualização na decoração do seu espaço privado como se fosse a sua própria casa seriam medidas fáceis de implementar e que foram discutidas.

No fundo, dentro destes aspetos há muitos cuidados que pretendo desenvolver com as utentes a quem presto diretamente cuidados e foram alvo da minha atenção particular. Nomeadamente a colocação de sinalética, setas, a indicar o caminho para a casa de banho e quarto, com um símbolo da casa de banho na porta, apropriado para pessoas com demência, acompanhado do respetivo treino e abordagens mais adequadas a pessoas com este tipo de patologia.

Por último e não menos importante, a ida ao exterior, que considero premente a continuação do contato com a realidade exterior à unidade, a contemplação dos

elementos naturais e alguns artificiais que constituem os jardins e paisagem envolvente bem como a interação social diversificada. Também é possível ir ao café, ou ao cabeleireiro da clínica ou visitar a capela, entre outros.

Referências Bibliográficas

Lawton, M. P. (2001). The physical environment of the people with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*. 5(1). 56-64.

National Collaborating Center for Mental Health (2007). *Dementia A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care*. National Clinical Practice Guideline Number 42. Londres: The British Psychological Society and Gaskell.

Sprinks, J. (2012). Nurses at the forefront of drive to make wards dementia-friendly. *Nursing Standard*. 27 (7). 12-13.

Waller, S. (2012). Redesigning wards to support people with dementia in hospital. *Nursing Older People*. 24 (2). 16-21.

APÊNDICE III – NOTA DE CAMPO: HISTÓRIA DE ENFERMAGEM DA D.LURDES

“D. Lurdes”

Dados biográficos

Nome pelo qual gostava de ser chamada: R.

Data de nascimento: 14/04/1933

Naturalidade: Treixedo, Santa Comba Dão

Morada: Caneças, Lisboa

Estado Civil: Viúva

Escolaridade: Não sabe ler nem escrever, mas sabia escrever o seu nome e realizar cálculos simples

Profissão: Reformada, desempenhou várias atividades, mas principalmente foi encartadeira (fábrica de malha) e empregada de limpezas

Religião: Católica

Pessoa de referência: Filho

História de Saúde

Vigilância de saúde: A médica de clínica geral e a psiquiatra, da clínica, prescrevem os exames auxiliares de diagnósticos e terapêutica necessários. Seguida na consulta externa hospitalar da especialidade de cardiologia.

Antecedentes Patológicos: hipertensão arterial, dislipidémia, taquicardia, tromboembolismo pulmonar, síndrome depressiva, síndrome demencial.

Internamentos: Tromboembolismo pulmonar de 11 a 17/07/2013 no hospital de Santarém no serviço de cardiologia, ida ao serviço de urgência por pré-cordialgia em 03/06/2013.

Antecedentes familiares: mãe – síndrome demencial;

Pai – cometeu suicídio.

História do internamento atual: Em 2007 começa ser seguida na consulta externa hospitalar de neurologia por desorganização, desorientação e alterações da memória. Em 2008 desenvolve depressão reativa à morte do marido, começa a ser seguida na consulta de psiquiatria da atual clinica psiquiátrica, apresentava delírios persecutórios, agressividade, crises conversivas e ideias de morte. Em 2011 recusou internamento, apresentava insónia total, desorganização, alterações da memória, alucinações visuais e auditivas e renitência na realização das AVDs, passando a ser seguida na consulta externa de outra clinica psiquiátrica, para o serviço de gerontopsiquiatria e reabilitação cognitiva. Foi internada neste serviço em de Janeiro a Maio de 2012 para controlo sintomatológico. Ainda residiu num lar de idosos e posteriormente veio para a unidade atual em Maio deste ano.

Queixa atual: Refere que “a cabeça está baralha”, ou que “já não funciona” ou ainda que “anda à volta” e refere cansaço por períodos apontando para o peito.

Terapêutica instituída: Prevecist, SenosidoA+SenosidoB, Varfarina, Hidroclorotiazida+Amilorida, Spasmoplex, Donepezilo, Escitalopram, Mirtazapina, Oxazepam, Haldol, Tri-hexifenidilo, Ciamemazina (S.O.S).

NHFs

NHF	Padrão anterior à demência	Padrão atual
Respirar normalmente	Era uma pessoa ativa (segundo o filho)	Dispneia associada a esforços e a ansiedade por curtos períodos
Comer e beber	Peso - “era magra” (segundo	Peso – Adequado à altura.

adequadamente	<p>a senhora).</p> <p>Altura – 1,60 m.</p> <p>Fazia as compras e confeccionava os alimentos (segundo a senhora)</p> <p>Gostava de arroz de carne e bolo de laranja e não há nenhum alimento de que não goste (segundo a senhora).</p>	<p>Usa prótese dentária superior.</p> <p>Bom apetite.</p> <p>É totalmente dependente na confecção dos alimentos.</p> <p>Necessita da indicação de terceiros para se dirigir à cozinha e ao seu lugar na mesa pré-estipulado.</p> <p>É independente no fracionamento (umas vezes usa os utensílios de forma correta, noutras fá-lo com as mãos) e ingestão dos alimentos. É necessário relembrar-lhe a ingestão de água, fora das refeições.</p>
Eliminação	<p>Era continente vesical e intestinal</p>	<p>É continente vesical e intestinal. Solicita a ida aos sanitários quando necessita.</p> <p>Bom débito urinário, urina de características normais. Padrão intestinal com frequência diária.</p>
Mover-se e manter postura adequada		<p>Deambula autonomamente com bom equilíbrio, discreta cifose e marcha lenta.</p> <p>Apresenta alguma lentificação motora.</p> <p>É capaz de se levantar da cadeira e sofá.</p>
Dormir e descansar	<p>Dormia bem sem recurso a terapêutica (segundo a senhora).</p>	<p>Encontra-se sonolenta por períodos durante o dia, possivelmente associado a hipo-estimulação e/ou</p>

		<p>terapêutica.</p> <p>Padrão de sono regular no período da noite (segundo registos de enfermagem).</p>
<p>Escolher roupa adequada; vestir-se e despir-se</p>	<p>Vestia uma roupa qualquer desde que estivesse lavada. (segundo a senhora)</p>	<p>A roupa é escolhida previamente pelas auxiliares.</p> <p>É capaz de vestir e despir a roupa com uma sequência adequada e abotoar botões, ainda que demore algum tempo e necessita de ajuda para vestir as cuecas, calças e calçar-se devido a limitações motoras.</p>
<p>Manter a temperatura corporal dentro dos limites normais</p>		<p>Por vezes refere frio, outras calor.</p>
<p>Manter a higiene corporal e a integridade da pele</p>	<p>Tomava banho em dias alternados. Realizava higiene facial e perineal diariamente (segundo a senhora).</p>	<p>São-lhe prestados os cuidados de higiene e conforto no W.C. pelas auxiliares. É capaz de colaborar nos mesmos sempre que solicitada. Necessita que lhe sejam dadas as indicações e substitui-la nalgumas atividades devido a cansaço/limitações motoras.</p>
<p>Evitar os perigos ambientais e evitar lesionar outras pessoas</p>	<p>Sem défices cognitivos.</p>	<p>Alergias- desconhecem-se.</p> <p>Desorientada no tempo e espaço associado a perturbação da memória.</p>

		<p>Apresenta períodos de apatia e outros de ansiedade.</p> <p>É capaz de verbalizar quando apresenta queixas algicas e de localizar.</p>
<p>Comunicar com os demais expressando emoções, necessidades, medos e opiniões</p>	<p>Era uma pessoa com uma atitude positiva face á vida (segundo o filho).</p>	<p>Exprime-se verbalmente de forma clara. Toma atenção ao que lhe é dito e responde de maneira apropriada às questões no que se refere à temática abordada, no entanto o conteúdo não é coerente face à realidade. Apresenta falhas mnésicas.</p> <p>Usa óculos.</p> <p>Reconhece o filho, que é quem a visita mais vezes.</p> <p>Tem um olhar fixo sobre o horizonte, dirige o olhar por vezes durante a conversação.</p> <p>Mantém a boca aberta e baba-se por vezes.</p> <p>Sorri raramente.</p> <p>Exprime necessidades fisiológicas com lombalgias ou dor no peito.</p> <p>O seu discurso remete para o passado, cuja coerência é duvidosa.</p> <p>Opinião negativa a seu respeito.</p> <p>Refere frequentemente que tem de</p>

		ir embora para casa e pede-me para ir-mos, manifestando simultaneamente tristeza e ansiedade.
Render o culto segundo suas próprias crenças	Religião: Católica Ía habitualmente á missa ao domingo. (segundo a senhora)	Gosta de rezar o terço, que é uma atividade desenvolvida na unidade por uma Irmã, acompanhando as orações.
Trabalhar de forma a ter um sentido de realização pessoal	Era uma pessoa muito ativa, ultimamente ocupada pelas tarefas domésticas. Desde jovem que fazia o trabalho do campo, fazia as refeições e ía levar o almoço ao pai até ao seu local de trabalho, até onde ía a pé (segundo a senhora). Foi encartadeira numa fábrica de malhas e empregada de limpezas.	Capacidade de decisão/iniciativa comprometidas. Apática a maior parte do tempo. Encontra-se habitualmente sentada na sala junto da televisão, mas não presta atenção à mesma. Deambula nos corredores. Por vezes vai à rouparia e dobra algumas manámulas do banho, juntamente com as auxiliares.
Jogar/participar em atividades recreativas	Distraía-se realizando as tarefas domésticas e tratando da criação (ovelhas, coelhos e galinhas) (segundo a senhora). Apreciava fazer crochet, coser à máquina, dançar e cozinhar, principalmente doces (segundo o filho). Não tinha férias (segundo a senhora), noutros momentos	Desde há cerca de uma semana que frequenta as atividades de desenvolvimento intelectual e expressão plástica realizadas por terapeutas ocupacionais, com alguma adesão. Não conversa com as restantes utentes, habitualmente. Gosta de passear pelos jardins exteriores e de conversar comigo.

	<p>refere que o marido tinha carro e passeavam os três em família.</p> <p>Também frequentava os bailes na sua terra.</p>	<p>Desinteressa-se pela realização de atividades como o desenho e a realização de jogos.</p>
<p>Aprender, descobrir e satisfazer a curiosidade que conduz a um desenvolvimento normal e a utilizar os recursos sanitários existentes</p>	<p>Frequentou a escola pouco tempo, apenas aprendeu a escrever o seu nome, porque era a irmã mais velha, a mãe adoeceu e teve de ir tomar conta da mãe e irmãos (segundo a senhora).</p> <p>Em adulta foram-lhe fornecidos alguns conhecimentos pelo filho (segundo o filho).</p>	<p>Boa concentração, pouca motivação para aprender coisas novas. Perturbações da memória recente muito marcadas. Boa capacidade de compreensão.</p> <p>É capaz de realizar cálculos simples.</p>

Expressão sexual: Não manifesta.

Morrer: Por vezes refere que “o marido faleceu e com ele faleceu tudo”.

Experiências significativas: A senhora refere que desde nova teve que cuidar da família porque a mãe ficou doente, tendo de deixar a escola.

Casou-se com o marido cerca dos 19 anos e teve o filho cerca dos 22 anos. Veio viver para Lisboa quando o marido veio trabalhar para cá.

Atualmente as suas experiências significativas julgo serem a visita do filho, nora e netos.

Meio em que vive- Situação familiar e social

Residia ultimamente em Caneças. Presentemente reside na unidade de psicogeriatrica de uma clínica psiquiátrica. As relações sociais desenvolvidas são principalmente com os profissionais de um modo pontual.

Relacionamento familiar: Tinha uma boa relação coma família alargada (segundo o filho).

Pessoa significativa: O filho, que visita a mãe, de um modo geral semanalmente e demonstram ter uma relação próxima e harmoniosa.

O seu contato com a família alargada, nomeadamente irmãos e respetiva descendência, parece ser raro ou inexistente.

Observação/ Percepção - Exame físico

Aparência: Correspondente á idade, aspeto cuidado do ponto de vista da higiene e arranjo pessoal. Apresenta-se habitualmente apática, fácies ligeiramente triste e postura curvada.

Constituição física: Peso adequado à altura (1,60 m), sendo que era mais magra. Recusou pesar-se.

Comportamento: Muito educada. Apresenta lentificação psicomotora. Por vezes, inquieta, deambula pelo corredor referindo que quer ir para casa. Vagueia de um lado para o outro, com marcha lenta, sem direção certa.

Humor e afeto: Humor deprimido maioritariamente, com algum embotamento afetivo.

Sinais vitais: Estáveis.

Outros instrumentos de avaliação utilizados:

Escala de Cornell de Depressão da Demência: score 11/38.

Mini Mental State Examination: score 10/30.

Fase da doença de Alzheimer: Estadio moderado (Phaneuf, 2010)

**APÊNDICE IV- NOTA DE CAMPO: PLANO DE CUIDADOS, D.
LURDES**

Problemas de enfermagem

“D. Lurdes”

Ansiedade rel/c dificuldade em compreender o ambiente que a rodeia, alterações da percepção, memória prejudicada.

Manifestado por: Deambulação sem direção, referindo que tem de ir para casa, simultaneamente refere cansaço e encontra-se polipneica. Score de 6/7 (frequência e gravidade) do inventário neuropsiquiátrico (NPI).

Resultados esperados: Que a senhora se apresente mais calma e tranquila, com redução das manifestações de ansiedade e agitação. Melhoria (diminuição) do score do NPI na secção referente à ansiedade.

Apatia rel/c memória, raciocínio e julgamento prejudicados, tristeza (relacionada com tudo já referido).

Manifestado por: Desinteresse face a estímulos ou atividades propostas. Falta de motivação para a realização das AVDs, mesmo sendo-lhas indicadas/relembradas. Score de 6/7 (frequência e gravidade) do NPI.

Resultados esperados: Que a senhora manifeste algum interesse em realizar determinadas atividades, com vista a ocupar e distrair-se, sentir-se útil, melhorar a sua autoestima e níveis de bem-estar. Melhoria (diminuição) do score do NPI na secção referente à apatia.

Intervenções

- ☞ Realização de técnicas de estimulação cognitiva: terapia de orientação para a realidade, terapia da reminiscência, terapia da validação à medida que se interage e que se acompanha a utente na realização das AVDs.
- ☞ Ao longo do dia utilizar todos os estímulos disponíveis, para realizar estimulação cognitiva. P.e. nomear objetos, questionar quais os que estão em

falta para a realização de determinada tarefa, estimular a visualização de um quadro, das plantas, da cor do céu, sentir o aroma do gel duche, o sabor dos alimentos.

- ✎ Durante a realização dos cuidados de higiene, assim como dos restantes auto cuidados, estimulá-la a desempenhar as atividades que é capaz, dando-lhe o tempo necessário e substituí-la nas que não é capaz.
- ✎ Escutar a utente.
- ✎ Realizar com a utente, atividades que sejam do seu agrado, como p.e., dançar ou simplesmente fazer-lhe companhia (simultaneamente realizar conversação/estimulação cognitiva).
- ✎ Levar a utente a passear no jardim exterior.
- ✎ Levar a utente à missa.
- ✎ Utilizar como técnicas de redução da ansiedade: mostrar as fotografias da sua família, utilizar outras técnicas de distração como dar-lhe uma revista para ver, dar água para beber ou um alimento para comer, redirecionar a atenção dando uma volta com a utente fora da unidade e voltar a entrar, utilizar técnicas de relaxamento, audição de música, massagens.
- ✎ Abordagem que transmita calma, acompanhada de toque suave, dar sempre reforço positivo e não fazer comentários negativos acerca da utente.

Estes são os traços gerais pelos quais se deve reger o dia desta utente, com vista a proporcionar-lhe uma ambiente agradável que lhe promova alguma tranquilidade e bem-estar (melhoria ao nível dos sintomas psicológicos e comportamentais) e simultaneamente a ajude a preservar e eventualmente obter discretas melhorias na sua performance cognitiva e em consequência minimizar a sua incapacidade funcional e melhorar a sua interação social.

**APÊNDICE V - NOTA DE CAMPO: HISTÓRIA DE ENFERMAGEM DA
“D. CAROLINA”**

História de enfermagem

“D. Carolina”

Dados Biográficos

Nome: D. E.L.P.T.T.

Nome pelo qual gosta de ser chamada: E.

Data de Nascimento: 09/03/1931 (82 anos)

Naturalidade: Fonte Santa, Lisboa

Morada (antes de ser internada): Santa Engrácia (Calçada dos Barbadinhos), Lisboa

Escolaridade: 2ª Classe

Profissão: Reformada

Estado Civil: Casada

Religião: Católica

Pessoa a contactar em caso de emergência: O marido

História de Saúde

Antecedentes patológicos: Hipertensão arterial, síndrome depressiva (há 15 anos – seguida em consulta de psiquiatria), doença osteoarticular degenerativa, glaucoma no olho esquerdo, prótese no joelho esquerdo, fratura do úmero em 2009, fratura do fémur em 2012.

Antecedentes familiares: Sobrinho cometeu suicídio em idade jovem e sobrinha tem esquizofrenia e já esteve internada na mesma clínica (filhos do irmão).

Manifestações iniciais de demência: O marido reporta que as amigas que almoçavam com a utente lhe referiram que esta tinha começado há um tempo a apresentar alterações do comportamento, nomeadamente referia que o almoço fornecido no restaurante não estava bem e mandava para trás, lia as revistas com estas “torcidas”. O marido associa o início da doença com a anestesia geral a que foi submetida por motivo de cirurgia a fratura do colo de fémur. Ainda refere que a utente antes de ser internada na atual clínica, começou a apresentar incontinência de esfíncteres e agitação no domicílio. No início do internamento, a doente manifestava revolta, segundo o marido, apresentando-se agitada, com discurso agressivo e rasgava as roupas.

História do internamento atual: Foi internada na unidade a 30/05/2009, por sintomatologia compatível com síndrome demencial por provável doença de Alzheimer, com sintomas de depressão, alucinações visuais, agitação, labilidade emocional, alterações do sono e anorexia, sendo este último o problema que se manifestou mais grave com necessidade de entubação nasogástrica e posteriormente colocação de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) que a senhora retirou algumas vezes. Posteriormente reverteu toda esta sintomatologia e começou a comer via oral “espontaneamente” (há cerca de 4 meses).

Queixa atual: Atualmente encontra-se estável, não referindo queixas.

Terapêutica instituída: Pantoprazol 40mg, Prometax 9,5mg, Varimine, Acetazolamida 250mg, Triflusal 300mg, Domperidona 10mg, Sertralina 100mg, Lercanidipina 10mg, Trazadona 50mg, Mirtazapina 30mg, Lorazepam 1,25mg, Tercian 25 gotas.

Hábitos de vida relativos às NHFs

NHF	Padrão anterior à demência	Padrão atual
Respirar normalmente	Sem alterações	Sem alterações
Comer e beber adequadamente	<p>Tinha bom apetite, apreciava petiscos, como por exemplo cozido à portuguesa, feijoada, sardinhas.</p> <p>Pouco tempo antes de ser internada ia comer ao restaurante ao pé de casa.</p> <p>Segundo o marido apresentava uma massa corporal superior à que apresenta atualmente.</p>	<p>Mantem apetite, alimentando-se da sua dieta habitualmente na totalidade.</p> <p>Tem algumas peças dentárias, não usa prótese.</p> <p>É independente na satisfação desta necessidade exceto lembrar-se que é hora de comer e que tem de se dirigir ao refeitório. Sabe identificar o seu lugar pré-definido. Não exprime necessidade de se alimentar.</p> <p>É capaz de realizar o autocuidado da higiene da boca desde que a conduzamos ao local.</p> <p>Hidratação adequada.</p> <p>Peso adequado à altura.</p>
Eliminação	Continente vesical e intestinal e com padrão de eliminação intestinal regular, segundo o marido.	<p>É incontinente vesical e intestinal, usa fralda, apesar de ser colocada no sanitário várias vezes ao dia, onde urina e evacua às vezes, a maior parte das vezes é na fralda</p> <p>Não exprime necessidade de eliminar.</p> <p>Devido às suas limitações motoras não é capaz de manipular o seu vestuário sozinha, nomeadamente puxar as calças para cima.</p> <p>Trânsito intestinal regular, com uma</p>

		<p>frequência diária (segundo as auxiliares).</p> <p>Refere que nunca tem vontade de urinar, é capaz de passar um mês sem urinar, mas quando tem vontade vai à casa de banho.</p>
Mover-se e manter postura adequada	Sem alterações. Teve uma intercorrência correspondente ao período pós-cirurgia a fratura do colo do fémur, altura em que deambulava com o auxílio de canadiana.	<p>Desloca-se de cadeira de rodas, é capaz de o fazer de forma autónoma mas habitualmente tem de ser estimulada. Apresenta marcha e consequentemente o equilíbrio gravemente afetados. Já realizou, mas atualmente já não tem indicação para fisioterapia. É capaz de se manter de pé durante algum tempo apoiada em barras de apoio ou no mobiliário e de fazer transferências da cadeira para o sofá de forma autónoma.</p> <p>Não refere nem manifesta algias de natureza osteoarticular.</p> <p>Refere que na rua anda bem, ali é que a colocaram numa cadeira-de-rodas.</p>
Dormir e descansar	Segundo a utente, tinha dificuldades em adormecer por se encontrar em casa sozinha, correspondendo a uma altura próxima do início da demência.	<p>De dia encontra-se desperta a maior parte do tempo.</p> <p>É-lhe administrada terapêutica ansiolítica ao deitar. Dorme por longos períodos à noite, segundo os registos.</p> <p>É deitada às 20:00 e acordada às 8:00.</p> <p>É acordada para realização dos cuidados de higiene.</p>
Escolher roupa adequada; vestir-se despir-	Gostava de andar “bem arranjada” e de ir ao cabeleireiro. Segundo o	É dependente de terceiros para se vestir e despir, no que se refere a cuecas, calças e

se	marido “vestia muito bem”.	<p>calçado, devido ao já mencionado.</p> <p>A roupa é previamente selecionada pelas auxiliares.</p> <p>Vai-se vestindo após os cuidados de higiene estando a roupa junto a ela.</p> <p>Não é capaz de gerir a roupa suja.</p> <p>Não vai habitualmente ao cabeleireiro.</p>
Manter a temperatura corporal dentro dos limites normais	Sem alterações.	Habitualmente não manifesta frio nem calor, e a temperatura do corpo é quente ao toque.
Manter a higiene corporal e a integridade da pele	Tomava duche diariamente (segundo o marido).	<p>É-lhe dado o banho no chuveiro diariamente, pelas auxiliares. É-lhe lavada a cabeça duas vezes por semana.</p> <p>É capaz de se ensaboar.</p> <p>Não toma a iniciativa para tomar banho.</p> <p>É dependente nos cuidados às unhas.</p>
Evitar os perigos ambientais e evitar lesionar outras pessoas	<p>Desconhecem-se alergias.</p> <p>Sem alterações.</p>	<p>Consciente de si, reconhece o seu nome e quem é. Desorientada no tempo, mas consegue referir a hora muito aproximada da real, sem usar o relógio. Em relação ao local por vezes refere que é uma clínica.</p> <p>Por vezes encontra o quarto.</p> <p>É capaz de referir e localizar a dor.</p>
Comunicar com	Há cerca de 20 anos manifestava	Exprime-se claramente, com tom de voz

<p>os demais expressando emoções, necessidades, medos e opiniões</p>	<p>humor deprimido (segundo o marido).</p> <p>O marido caracteriza a personalidade da utente, pré-morbida, como possuindo um “feitio difícil”, que não perdoava o que as pessoas faziam que ela considerava mal feito, podendo mesmo deixar de falar com essas pessoas.</p>	<p>apropriado, por vezes com falta de palavras e outras ainda com discurso incoerente face á realidade. Por exemplo refere que só está ali durante o dia depois vai para casa.</p> <p>Comunicação não-verbal coincidente com a linguagem verbal. Fala num tom suave e agradável.</p> <p>Apresenta amaurose à esquerda devido a glaucoma. Acuidade auditiva mantida.</p> <p>Reconhece e sabe o nome e algumas características de algumas utentes da clínica.</p> <p>Reconhece o marido.</p> <p>Não é capaz de exprimir as suas necessidades no entanto expressa algumas emoções.</p> <p>Sorri facilmente.</p> <p>Responde de maneira adequada à saudação, toma atenção ao que é dito.</p> <p>Por vezes não é capaz de responder a questões das quais não lembra a resposta.</p> <p>Fica indignada quando é levada ao W.C. para trocar a fralda ou ser colocada na sanita, pois refere que naquele momento não tem vontade de urinar ou evacuar.</p> <p>A sua rede de suporte ativo é o seu marido.</p> <p>Fala do seu passado, quando questionada;</p>
-----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>fala espontaneamente acerca do seu marido, da sua casa. Por vezes também comenta o que se passa na unidade relativamente às outras utentes.</p> <p>É uma pessoa calma, não perturba os outros, pois também não interage com os outros espontaneamente.</p>
Render o culto segundo suas próprias crenças	A sua religião é católica, mas não tinha por hábito frequentar a igreja.	Assiste à reza do terço, que se realiza após as refeições e à tarde, na clínica, mas não reage a esta atividade.
Trabalhar de forma a ter um sentido de realização pessoal	<p>Trabalhou inicialmente numa fábrica, onde a mãe também trabalhava, fazia cartuchos de mercearia onde se transportava o açúcar e o arroz.</p> <p>Refere ter andado a servir em casas particulares.</p> <p>Tomou conta de um menino de quem recorda o nome com especial nostalgia e emoção.</p>	<p>Atualmente frequenta as atividades de expressão plástica e de estimulação intelectual, que são proporcionadas na clínica, respondendo muito bem às mesmas.</p> <p>É capaz de juntar-se a um grupo para atividades.</p>
Jogar/participar em atividades recreativas	Gostava de passear, de dançar nos bailes, de flores, de praia e de estar acompanhada.	Participa ativamente nas atividades da clinica que frequenta.
Aprender, descobrir e satisfazer a curiosidade que conduz a um	Andou na escola até à segunda classe em criança. Aos cinquenta anos aproximadamente frequentou aulas sénior disponibilizadas pela	<p>Boa atenção, concentração e motivação para aprender coisas novas, no entanto apresenta falhas de memória marcadas.</p> <p>Aparente boa capacidade de</p>

desenvolvimento normal e a utilizar os recursos sanitários existentes	junta de freguesia.	compreensão.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	--------------

Expressão sexual- Não manifesta.

Morrer- Não verbaliza qualquer comentário referente à morte, excepto relativamente ao seu sobrinho que refere, com tristeza, ter falecido precocemente.

Experiências significativas- Refere frequentemente que teve uma vida difícil e pobre. Os pais separaram-se quando esta era pequena, ela teve de abandonar a escola para ir trabalhar para ajudar a mãe. Tinha um irmão que foi viver com o pai. Casou-se “já velha”, segundo a própria, aos trinta e sete anos com um homem treze anos mais jovem, que gere uma empresa na zona do Porto, razão pela qual passa bastante tempo fora. O marido tem outra família com um filho na zona do Porto que ao que tudo indica seria do conhecimento da utente. Esta tem um grande desgosto por não ter conseguido ter filhos. Refere com frequência que o marido não aprecia passear, nem dançar, pelo que deixou de realizar estas atividades do seu agrado. Refere também que passava muito tempo sozinha em casa, situação que a incomodava. Tomou conta de um menino desde bebé até ir para a escola, acontecimento que recorda frequentemente com bastante contentamento.

A mãe viveu na casa da utente algum tempo, quando se encontrava mais debilitada, tendo falecido há cerca de vinte anos.

O seu irmão reside em Almada, presentemente tem um bom relacionamento com a cunhada, mas em tempos esteve cerca de catorze anos sem falar com a mesma devido a um desentendimento.

Também tem uma cunhada, irmã do marido a residir em Almada e segundo o marido a senhora costumava passar uns tempos em casa ora do irmão, ora da cunhada pois não gostava de ficar sozinha em casa.

Meio em que vive- Situação familiar e social

Tipo de casa- Atualmente reside na unidade, mas relembra muitas vezes a sua casa, como sendo “muito jeitosinha”, é num terceiro andar se elevador, no quarto tem mobília de “quinan” e uma grande varanda, com plantas, de onde avista o “mar”.

Relacionamento familiar- O marido visita-a semanalmente, com quem conversa de forma aparentemente amena, durante a visita. A doente refere frequentemente que o marido passa muito tempo fora porque trabalha longe.

A cunhada também a visita, mas com menor frequência.

Também tinha umas amigas com quem interagiu socialmente na sua área de residência, inclusive juntavam-se o pequeno-almoço e almoço no restaurante e também passeavam juntas, mas segundo o marido não terão possibilidades de a ir visitar atualmente, mas sabem onde esta está.

Observação/percepção- Exame físico

Aparência- Coincidente com a idade, cuidada. Encontra-se habitualmente na cadeira de rodas, tem uma postura ligeiramente curvada e face com muitas rugas mas feições muito ternas.

Constituição física- Peso adequado à altura. Baixa estatura.

Discurso- Relativamente fluente.

Humor e afeto- Normais.

Comportamento- Encontra-se quase sempre calma, habitualmente na sala de estar a olhar para a televisão, sem interagir com o restante ambiente que a rodeia.

Percepção da doença- Por vezes refere que “a cabeça já se esquece muito”, noutras refere que é perfeitamente autónoma e capaz na realização de ABVDs e AIVDs, só ali (na unidade) é que deixa que as auxiliares a tratem à maneira delas e não contesta.

Conteúdo do pensamento- Por vezes desconecto face à realidade.

Orientação- Observaram-se melhorias no último mês no que respeita à orientação espaço-temporal, mediante treino, referindo sempre que está na clinica, mencionando a estação do ano e mês corretos na maioria das vezes e chegou a referir o ano corretamente numa das vezes, quando questionada para o efeito.

Instrumentos de avaliação

Mini Mental State Examination: score 13 (1 a 11 anos de escolaridade \leq 22 - presença de defeito cognitivo). Com a retenção e a linguagem como as mais preservadas e a evocação a mais afetada.

Avaliação Clínica da Demência: score 13 (Demência moderada). Com as categorias das AVDs e atividades de lazer como as mais afetadas e a da orientação como a mais preservada.

Avaliação da Incapacidade Funcional na Demência: 4/36 – 11,1% de capacidade funcional. Com a execução do autocuidado da higiene da boca e alimentar-se preservados, o planeamento e iniciativa comprometidos, restantes ABVDs e AIVDs totalmente comprometidas.

**APÊNDICE VI - NOTA DE CAMPO: PLANEAMENTO DA AÇÃO DE
FORMAÇÃO DIRIGIDA ÀS AUXILIARES DA UNIDADE DE
PSICOGERIATRIA**

Ação de formação - Compreender melhor o que se passa com a pessoa

idosa com demência

Objetivo Geral- Expressar as suas representações do que pensam ser a demência e o impacto na vida da pessoa

Destinatários- auxiliares das unidades 1 e 4 da Clínica psiquiátrica de S. José (12 em 2 grupos de 6)

Dia e hora – 27 e 28 de Novembro de 2013 das 14:00 às 15:00

Local- Sala de formação da Clínica.

	<p>Objetivos Específicos</p> <p>Que compreendam que há uma causa orgânica e involuntária na base do comportamento diferente por parte das pessoas com demência</p> <p>Que desenvolvam conhecimentos acerca da abordagem adequada á pessoa idosa com demência, o nível da comunicação e promoção de atividades.</p> <p>Que reflitam acerca das temáticas abordadas com o objetivo de puderem vir a alterar as suas práticas no sentido de promover sentimentos positivos na pessoa idosa com demência</p>
<p>Metodologia (formador)</p> <p>1-Fornecer imagens às formandas, e pedir que selecionem uma ou duas. Cada imagem estará relacionada com um tema associado á pessoa com demência.</p>	<p>Metodologia (formandos)</p> <p>1-Questinar cada auxiliar o porquê da escolha daquela imagem e solicitar que descrevam o que veem nas imagens, ou aquilo que lhe suscitam, à luz daquilo que é a demência para elas.</p>

Colocar questões pertinentes baseadas nas experiências dos serviços onde trabalham e outras.	2- No final de cada imagem, solicitar que escrevam tópicos que sintetizem o que foi abordado.
2-Basear a explanação dos temas, nos aspetos que vão sendo referidos fruto da interpretação das imagens feitas pelas formandas. Condicionando a explicação às competências de auxiliar.	

Temas e respetivos conteúdos a desenvolver:

☞ Demência patologia

Dentro das várias demências que existem, a doença de Alzheimer é de longe a mais frequente.

Doença degenerativa do cérebro.

Ocorre uma **atrofia do cérebro**, por componentes que se depositam no cérebro com consequente **destruição de neurónios**- as células que constituem o cérebro.

Consoante a zona do cérebro afetada, assim serão as deficiências apresentadas pelas pessoas com demência.

É uma doença irreversível e a degradação do cérebro vai ocorrendo progressivamente.

Estes fatores dão origem a que estas pessoas se esqueçam de muitas coisas, nomeadamente o sítio onde estão e aspetos que lhe tenham sido ditos há pouco tempo ou há dias.

Isto faz com que estas pessoas se tornem frágeis e indefesas, o que nos deve alertar para respeitar estas pessoas e a sua dignidade. Devemos ter uma abordagem perante estas pessoas igual á que temos para quaisquer outras no que diz respeito aos aspetos de manter a sua dignidade e respeito pelas mesmas.

☞ Características típicas das pessoas com demência

Ao nível cognitivo:

A **perturbação da memória**, já referida é sem dúvida a mais marcante e característica.

Incapacidade de fazerem **escolhas**, tomarem **decisões** e **resolverem problemas**;

Diminuição da **capacidade crítica**, de **concentração**, de **raciocínio** e de **manter a atenção**;

Desintegração da personalidade por **alterações** do **discernimento** e **julgamento**.

Incapacidade de **reconhecer os outros** e de **realizar as atividades do dia-a-dia** que antes faziam naturalmente, mesmo a sua higiene, arranjo pessoal, alimentar-se e uso das instalações sanitárias.

A pessoa **perde-se**, **não sabe onde está** e **verbaliza factos** que **não coincidem com a realidade**.

Também não reconhece que tem estes défices.

Ao nível comportamental:

Perda da afetividade

Labilidade emocional

Comportamentos sem regras sociais

Confabulação

Delírios e alucinações.

☞ Comunicação/Atitudes corretas

Usar um tom de voz suave, calmo, agradável, carinhoso e linguagem não-verbal concordante com a verbal. Abordar a pessoa de frente.

Apesar das múltiplas deficiências estas pessoas mantêm até muito tarde a capacidade de compreenderem as emoções que lhe são dirigidas, sendo afetadas pelas mesmas. Estas situações podem despoletar agitação na pessoa com demência quando se tratam de emoções negativas, que traduz o stress vivenciado pela pessoa e que em última análises afeta também o profissional. Ou seja, todos os sinais que emitimos quer seja por estarmos a ser genuinamente generosos e a partilhar aquele momento com a pessoa

quer pelo contrário estarmos contrariados e a desejar que a pessoa se apresse a dizer ou a fazer o que se encontra a fazer vai afetá-la positiva ou negativamente, respetivamente.

O estabelecimento da relação com estas pessoas pode ser por vezes difícil devido aos défices cognitivos apontados, mas a comunicação é bastante benéfica para estas pessoas, já que é através desta que lhes vamos informando acerca da realidade esquecida, ou por outro lado para as ajudar a realizar tarefas.

Há outro senão relativamente á comunicação, que é o facto de nem sempre conseguirmos explicar a realidade à pessoa (em fases mais avançadas da doença) e nestes casos não devemos contrariar a pessoa e concordar com o que ela diz, por mais descabido que seja e sem fazer julgamentos.

É comum perante a estranheza da realidade, as pessoas com demência, introduzirem factos que remontam ao seu passado, uma vez que a memória passada perdura até muito tarde.

Numa fase final da doença, em que a pessoa já não consegue comunicar, esta também já não é capaz de transmitir o seu desconforto pelo que devemos estar muito atentos aos mínimos sinais de sofrimento, tentando minimizá-lo e sempre que possível evitá-lo.

Não infantilizar a pessoa, não corrigir/repreender constantemente, pelo contrário fazer antes elogios.

Mais ajuda a fornecer

Com o intuito de se contribuir para uma melhoria nos sintomas da doença que vão em direção à incapacidade das pessoas para desempenharem as suas atividades habituais, deve-se incentivar a pessoa a fazer as atividades do dia-a-dia, se necessário explicar o que é preciso fazer, eventualmente dar pistas ou reproduzir o gesto e dar tempo para que a pessoa faça. Fazer pela pessoa apenas aquilo que esta não é verdadeiramente capaz. Esta abordagem é no sentido de minimizar a perda de autonomia e independência nestas pessoas, nomeadamente promovendo a sua mobilidade e que não se vá esquecendo tanto como se realizam determinadas tarefas.

Estas pessoas, como pessoas normais que são, á nossa semelhança também têm gostos próprios e poderão gostar de fazer determinada tarefa á

sua maneira, sendo que devemos permitir este pequeno agrado sempre que possível.

✂ Outros aspetos importantes a ter em conta

Ocorre um envelhecimento mais acelerado pelo que estas pessoas se tornam mais apáticas na sua forma de estar e mais lentas no desempenho de quaisquer tarefas/atividades.

Compensar os seus problemas por meio de: fazer companhia, conversar com estas pessoas, ajudá-las a perceberem onde estão ou tranquilizá-las demonstrando que estamos ali para as ajudar.

Não culpabilizar a pessoa por comportamentos desadequados, pois estes prendem-se com a patologia e não com a sua vontade.

Tratar a pessoa com carinho proporcionando assim bons momentos, pois já existem motivos suficientes para que se sintam tristes, tendo em conta que as suas cabeças se encontram “baralhadas” (expressão usada por uma utente).

Perante situações de agitação/ansiedade podemos tentar distrair a pessoa, por exemplo dando-lhe algo a beber ou a comer.

Não esquecer o quão importante é para estas pessoas manterem o contato com a sociedade e o mundo lá fora, levando-as a passear pelos jardins, café, corredores ou simplesmente observarem a rua através da janela.

No final apresentaria o seguinte filme, com vista á consolidação da sensibilização para a situação destas pessoas com esta patologia:
<http://www.youtube.com/watch?v=6SG3zmp6t0Q>

Bibliografia

Costa, M. (2011). Demência de Alzheimer: Impacto na pessoa doente e na família. *Revista Nursing*. Abril. 11-18.

Silva, M. (2004). Doença de Alzheimer: uma deficiência global. Revista Nursing. 191. 37-41.

**APÊNDICE VII - NOTA DE CAMPO: AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE
FORMAÇÃO DIRIGIDA ÀS AUXILIARES DA UNIDADE DE
PSICOGERIATRIA**

Avaliação da ação de formação: "Compreender melhor o que se passa com a pessoa idosa com demência"

As formandas eram seis auxiliares cujo tempo de serviço variava entre um mês a dezoito anos. Desde o início da formação que colaboraram em todas as atividades inerentes á metodologia de formação ativa.

Apresentaram-se cada uma delas, após ter-lhes sido solicitado, assim como eu me apresentei mais em detalhe já que nos encontrávamos ali reunidas pela primeira vez.

Aderiram facilmente á escolha de uma a duas imagens e comentaram-nas baseado no que entendiam por demência. O único "constrangimento" mas que fazia parte, tendo em conta o grau de formação das formandas, foi o fato de pelo menos uma ou duas não ter conseguido associar a imagem à temática da demência e ter comentado a imagem por si só.

No entanto, tentei sempre conduzir a formação no sentido de as incentivar a comentar a imagem à luz do que entendiam acontecer em pessoas com demência, com base nas respostas validei o que diziam reformulando da forma mais correta e introduzi alguns conteúdos daqueles planeados que se iam revelando pertinentes, baseado no que as formandas diziam e nas dúvidas que colocavam acerca do que se passava com as utentes em particular.

Por outras palavras, de um modo geral fiquei satisfeita com a adesão das formandas, da atenção que prestaram continuamente e do interesse manifestado que me pareceu genuíno, pese embora a enfermeira-chefe estivesse presente.

Também achei bastante interessante irem colocando dúvidas práticas acerca de determinadas utentes e assim eu poder associar os conteúdos a uma prática concreta. Apenas mais um "constrangimento" denotado teve a ver com algo que também já antevia, que diz respeito ao fato de associarem a demência a outras utentes que não tinham esta patologia. Nesta situação a enfermeira-chefe pode contribuir esclarecendo o diagnóstico dessas utentes e eu pude acrescentar que por

exemplo nas utentes com Parkinson, numa fase avançada é comum o desenvolvimento de demência e que a idade avançada e a institucionalização também são fatores que predispõem a pessoa ao desenvolvimento de demência.

No final, já ultrapassada a hora estipulada e aproximando-se a hora de saída de algumas formandas, a síntese que pretendia fazer com tópicos referidos pelas mesmas cingiu-se a: compreenderam que a demência se deve a uma atrofia do cérebro e à destruição de neurónios; acharam interessante o facto de estas pessoas preservarem a capacidade de perceber as emoções de quem interage com elas apesar de se encontrarem aparentemente alheadas de tudo e que há situações em que não devem contrariar as pessoas no que estas dizem, apesar de não ser concordante com a realidade. Um dos últimos comentários referidos por uma das formandas foi que devemos cuidar bem destas pessoas para lhes dar conforto. Outra formanda referiu que se calhar enquanto lava a louça poderia ir interagindo com as utentes, para as estimular.

No decorrer da formação percebi que a síntese no final do comentário de cada imagem não resultaria por, a meu ver, se perder a continuidade e a relação entre temas, pelo que optei por deixar para o fim, servindo igualmente como avaliação da formação. Amanhã tentarei cumprir melhor a questão da síntese.

Na segunda sessão de formação estavam presentes outras seis auxiliares cujo tempo de permanência nas unidades variava entre um mês e trinta e três anos.

As formandas mais uma vez mostraram-se bastantes participativas, porque lhes interessava a temática e uma em particular que tem a mãe há dezanove anos com Alzheimer, partilhou alguns aspetos desta experiência assim como solicitou alguns esclarecimentos.

Em relação à questão do que é que achavam que se passava na cabeça de uma pessoa com demência/Alzheimer, que a professora me chamou à atenção para a importância deste aspeto, e que eu achei não muito bem explorado na primeira sessão, algumas formandas referiram inevitavelmente, que se esquecem das coisas que lhes dizemos, que vêem coisas onde elas não estão e que dizem coisas confusas. Quando lhes reformulei a questão para que me dissessem o que acham

que as pessoas com demência pensavam, não me conseguiram dar uma resposta mais direta à minha questão. Pelo que lhes facultei a resposta.

No final, o feedback que me foi dado teve a ver com o facto de terem ficado mais esclarecidas em relação aos motivos que davam origem a que as pessoas com demência se comportassem de forma tão estranha e diferente. Na síntese referiram ainda que agora já percebiam porque é que as pessoas se esqueciam passado pouco tempo de elas terem-lhes dito as coisas. Mencionaram também terem retido que devemos abordar estas pessoas de forma calma, com carinho.

No final das duas sessões concluo por um lado que as auxiliares daquelas unidades desconheciam muitos aspetos importantes relativos à doença e repercussões na pessoa importantes para trabalhar com estas pessoas no sentido do seu desenvolvimento, com vista a melhoria da sua qualidade de vida e bem-estar, no que toca a compreender que não têm comportamentos por vezes desadequados de modo intencional, assim como que estas pessoas à semelhança de nós próprios têm necessidades similares, ainda que não as refiram, sendo que contactar com a realidade exterior à unidade e interagir socialmente são duas delas. Por outro lado, compreendi a meu respeito que preciso desenvolver melhor a capacidade de questionar os formandos, já que no final me apercebi que devo ter falado mais eu a tentar transmitir conteúdos, encontrando-me um pouco presa à habitual forma de apresentar sessões de formação.

Para além destas aprendi com a realização destas formações que as pessoas têm algumas ideias corretas acerca do impacto da demência na vida das pessoas, ainda que sejam ideias soltas, com pouca fundamentação, muitas vezes relacionadas com anos de experiência a lidar com estas pessoas. Daquilo que necessitam é sem dúvida de lhes fazer ver que é uma patologia que provoca grande sofrimento à pessoa assim como incapacidade, pelo que devem ter grande tolerância e dedicação para com as mesmas, assim como evitar agravar essa incapacidade. Por outras palavras, devemos clarificar as ideias destas auxiliares, associar a conteúdos sobre a patologia e impacto para a pessoa, bem como a experiências relacionadas com o seu trabalho, sempre num nível académico compatível com as competências que se esperam de um auxiliar.

**APÊNDICE VIII - NOTA DE CAMPO:PLANEAMENTO DA REUNIÃO
PARA DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DO PREENCHIMENTO DO
INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO RELATIVO AOS
CUIDADOS Á PID E NHF SONO E REPOUSO ALTERADA**

Planeamento da reunião para divulgação dos resultados do preenchimento do instrumento de diagnóstico de situação relativo aos cuidados à PID e NHF sono e repouso alterada

Destinatários: Equipa de enfermagem do serviço de Medicina Interna onde me encontro a estagiar

Duração: 15 a 20 minutos

Local: Sala de passagem de turno.

Data: 3 dias ainda a designar, após a passagem de turno.

Introdução

No âmbito deste segundo estágio que tem como objetivo a alteração de práticas de enfermagem com vista a cuidados mais individualizados à PID no que respeita à NHF sono e repouso, foi elaborado um instrumento para avaliação dos conhecimentos da equipa de enfermagem acerca do referido tema (este instrumento encontra-se no final deste apêndice). Sendo que a primeira parte do instrumento é constituída por uma escala de Likert e a segunda de um questionário. Pretende-se produzir esta alteração das práticas mediante metodologia a ser discutida nesta mesma reunião.

Objetivos:

Que os colegas sejam capazes de:

- ❖ Comentar alguns dos resultados
- ❖ Tomar decisões em relação a 1 ou 2 intervenções a desenvolver por todo o grupo de enfermeiros com vista a melhorar a qualidade do sono na pessoa idosa.
- ❖ Estabelecer as medidas de monitorização sobre a intervenção na decisão do grupo.

Método: Expositivo e ativo, com recurso a gráficos, em suporte de papel, onde figuram os resultados do instrumento de avaliação (encontram-se no final do apêndice seguinte).

Desenvolvimento

Inicialmente citarei a seguinte ideia de Florence Nightingale: “o processo reparador, que a natureza instituiu e ao qual chamamos doença, tem sido retardado por falta de conhecimentos ou de atenção a um ou a todos esses fatores (ar puro, luz, aquecimento, silêncio, limpeza, ou pontualidade e esmero na administração da dieta), instalando-se então a dor e o sofrimento, ou ocorrendo a interrupção de todo o processo”

De seguida farei referência ao facto do trabalho por turnos, tal como nos podemos aperceber da nossa prática, tem efeitos nocivos ao nível físico, psicológico, provocando fadiga, irritabilidade, entre outros. Existindo mesmo estudos que apontam para uma diminuição dos reflexos e consequentemente maior probabilidade de acidentes de viação após trabalho noturno.

Posteriormente darei conhecimento dos resultados das respostas às questões do questionário.

Destacarei na primeira questão que fiquei surpreendida com os conhecimentos que os enfermeiros detêm acerca do que é a demência e do impacto que tem na pessoa. No entanto registaram-se falhas no que respeita aos cuidados a administrar a estas

peessoas, nomeadamente no que respeita à PID com a NHF sono e repouso alterada.

Quanto á segunda parte do instrumento farei referência a uma medida não incluída no instrumento, por lapso, mas que resume o cuidado de enfermagem à PID com a NHF sono e repouso alterada que diz respeito a conhecer os hábitos de sono da pessoa. Referir que esta colheita de dados deveria ser feita, para posterior seleção das medidas mais adequadas.

Comentarei também, a propósito da segunda parte, o facto das medidas mais vezes seleccionadas estarem de acordo com as intervenções pré-definidas na SAPE relativamente ao foco *sono* (Restringir o sono durante o dia; Manter a pessoa ativa durante o dia; Encorajar a expressar alguma inquietação), medidas básicas relacionadas com o que habitualmente fazemos (Tapar com cobertor leve) e ainda as medidas associadas a técnicas (Administração de terapêutica ansiolítica antes de começar agitação; Avaliar a dor com instrumento próprio). No entanto são medidas pouco específicas, as que já registamos, presentes no aplicativo da SAPE, pelo que pedirei para me esclarecerem em relação ao que é que é feito por exemplo em relação a: “Manter a pessoa ativa durante o dia”. Neste sentido disponibilizar-me-ei para desenvolver com a equipa um plano de enfermagem relativo a esta NHF nestas pessoas, mais eficaz, com especial enfase nos registos.

Também solicitarei a opinião dos meus colegas acerca da forma como poderemos melhorar estes cuidados particulares, disponibilizando-me para contribuir com os conhecimentos que me encontro a desenvolver e a colaborar na implementação junto da equipa, das medidas acordadas pela mesma.

Efetivamente da avaliação da segunda questão destacam-se como seleccionadas as medidas referentes às intervenções standardizadas, negligenciando-se as medidas que expressam maior individualidade dos cuidados e atenção às particularidades dos hábitos e preferências das pessoas. Pois também são essas as que nos são sugeridas pelo atual sistema de registos (SAPE).

Instrumento De Diagnóstico Da Situação

Olá!

No âmbito do meu estágio do 4º Curso de Pós-licenciatura e Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - vertente Pessoa Idosa, o meu projeto tem o seguinte tema: *"Cuidados centrados na pessoa com doença de Alzheimer- Reconhecer a pessoa idosa com doença de Alzheimer internada no hospital como uma pessoa em sofrimento"*. Face ao tempo de que disponho tive necessidade de o delimitar à Necessidade Humana Fundamental Sono e Repouso.

Para poder desenvolver competências de especialista e mestre preciso da vossa participação, que agradeço desde já. Prometo que tudo farei para se sentirem bem e não tenham a sensação de mais trabalho.

Pretendo conhecer as vossas opiniões acerca das necessidades fundamentais da pessoa idosa com demência/doença de Alzheimer (PID/DA) quando internada no hospital, dando ênfase particular ao sono e a algumas variáveis que interferem no mesmo.

Seguem-se afirmação que após lidas fará o favor de assinalar com uma ✕, posicionando-se entre **concordo totalmente** e **discordo totalmente**. Exceto no final em que as perguntas fogem a esta regra.

O tempo máximo de preenchimento é de 5 minutos, pelo que deve responder de forma rápida. Na resposta que tiver dúvidas, não responda e deixe espaço em branco. O questionário é anónimo.

Os resultados permitir-me-ão desenhar convosco um processo de uma pequena mudança nos nossos hábitos de trabalho, que melhore o cuidado à PID/DA.

		Concordo Totalmente	Concordo	Não concordo nem	discordo	Discordo	Discordo Totalmente
O que é a demência	1. A demência/DA na fase avançada provoca na pessoa incapacidade mental, física e social.						
	2. A PID/DA na fase avançada não consegue interpretar o ambiente que a rodeia, nomeadamente se este lhe for estranho.						
	3. Para a PID/DA os enfermeiros podem ser percebidos como monstros.						
	4. O auto controle é um sinal de maturidade muito valorizado em sociedade.						
	5. A demência difere relativamente ao delírium pelo facto deste ter um início súbito e tratar-se de uma alteração cognitiva reversível.						
Comunicação como interv. enf.	6. A forma de comunicar com a PID/DA é igual à de uma outra pessoa idosa com outra patologia.						
	7. A forma de comunicar/estar com a PID/DA na fase avançada tem o potencial de provocar nela reações de agitação ou serenidade.						
	8. A PID/DA tem períodos de confusão pelo que						

Cuidado de enfermagem	a devemos orientar para a realidade.					
	9. A PID/DA confusa devemos permitir que ela se mantenha na sua realidade interior.					
	10. Os cuidados de manutenção da vida da PID/DA internada no hospital são essenciais a um melhor viver e bem-estar.					
	11. Para prestar cuidados de enfermagem individualizados à PID/DA é indispensável o conhecimento da sua história de vida.					
	12. Os objetos pessoais da PID/DA devem ser usados no hospital.					
	13. A PI/DA com incontinência urinária e intestinal, não se justifica oferecer a arrastadeira com determinada frequência, havendo necessidade de recorrer ao uso de fralda.					
Ambiente hospitalar	14. Na PID/DA os cuidados para satisfação das suas NHFs demoram mais tempo que noutros clientes pelo que a dotação de pessoal deveria ser correspondente.					
	15. Numa pessoa idosa com alterações cognitivas o internamento hospitalar vai potenciar/agravar distúrbios do sono.					
	16. O processo degenerativo ao nível neuronal conduz a alterações do padrão do sono na					

NHF Sono e Repouso na PID/DA	PID/DA.					
	17. É muito difícil ajustar os hábitos de sono da PID/DA ao ambiente hospitalar.					
	18. Assistimos neste serviço, durante a noite a PID/DA agitadas, a gritar, pelo que no início do turno preocupo-me em garantir que o doente tenha terapêutica indutora do sono prescrita.					
	19. Perante a PID/DA agitada a administração de terapêutica anti psicótica é uma intervenção eficaz.					

Das medidas que se seguem assinale com um ✓ as que considera mais eficazes na promoção de um sono repousante no hospital na PID/DA:

1. Restringir o sono durante o dia.
2. Dar leite morno antes de dormir.
3. Dormir com a almofada de casa.
4. Administrar a terapêutica ansiolítica antes de começar a agitação.
5. Dormir com a luz acesa.
6. Dar uma massagem nas mãos e pés.
7. Dar chá de ervas.
8. Dormir com pijama.
9. Tapar com cobertor leve.
10. Dar um banho com água tépida.
11. Encorajar a expressar alguma inquietação.
12. Rezar com ela.
13. Permitir que a pessoa leia.

14. Avaliar a dor com instrumento próprio.
15. Manter a pessoa ativa durante o dia.
16. Dar água.
17. Estar um familiar presente durante a noite.

- Destas 17 medidas diga 5 que realiza mais vezes. (escreva só os números)

-
- Diga (2) medidas que com todos os enfermeiros do serviço poderíamos fazer à PCD/DA.

Darei conta dos resultados em data que anunciarei brevemente

☞ Obrigado pela vossa disponibilidade

Vera
17/01/14

**APÊNDICE IX– NOTA DE CAMPO: REUNIÃO DE DISCUSSÃO DOS
RESULTADOS DO PREENCHIMENTO DO DOCUMENTO DE
DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACERCA DO CUIDADO À PID COM
NHF SONO E REPOUSO ALTERADA**

Reunião de discussão dos resultados do preenchimento do documento de diagnóstico da situação acerca do cuidado à pessoa idosa com demência com NHF sono e repouso alterada

05-02-14 - 8:30 Estávamos presentes na reunião, a enfermeira-chefe, o meu orientador e mais seis elementos da equipa de enfermagem (pouco mais de um terço da equipa). Teve a duração de 20 minutos.

Previamente foi pedido consentimento à chefe para a realização desta reunião que se iria repetir em dois outros momentos, após a passagem de turno, foi obtida a autorização, com a ressalva de que tentasse não ultrapassar o tempo estipulado.

Inicialmente foi introduzida a reunião baseando-me no título do meu projeto e na delimitação da temática da NHF sono e repouso, bem como nos objetivos que pretendia atingir com a realização desta reunião.

A reunião decorreu globalmente como planeado, sendo que no início substituí a citação de Florence Nightingale inicialmente planeada pela seguinte: “Tomemos como princípio geral que todas as doenças, em algum momento ou outro do seu curso, são mais ou menos um processo reparador, não necessariamente acompanhado de sofrimento: um esforço da natureza para corrigir um processo de envenenamento ou de desgaste, que teve lugar semanas, meses, algumas vezes anos atrás, sem aviso, e que a cura sobreveio enquanto o processo anterior ainda perdurava?”. Esta substituição teve lugar pelo facto de eu considerar que esta citação retratava de modo mais completo a ideia que eu pretendia transmitir da importância do cuidado de enfermagem, dando maior preponderância aos cuidados de manutenção face aos de reparação.

Acrescentei ainda que Virgínia Henderson considera que a função do sono é a conservação da energia, o alívio da tensão e a prevenção da fadiga. Tem então uma função restauradora e de recuperação das funções e que partindo-se do princípio

que o estado de relaxamento é similar ao estado de sonolência, os enfermeiros poderão promover o sono através de estratégias de relaxamento, como o posicionamento de conforto no leito, alívio de perturbações emocionais ou a redução dos estímulos visuais, auditivos, olfativos e tácteis. Dei também o exemplo que tinha referido em passagem das ocorrências da noite, que dizia respeito à realização de massagens nas mãos e pés, que se verificava uma técnica eficaz.

Posteriormente dei-lhes a conhecer os resultados globais de resposta da equipa, apoiando-me em gráficos construídos para o efeito, e seu significado do ponto de vista de conhecimentos presentes e outros que seria benéfico se desenvolvidos (os gráficos encontram-se no final deste apêndice). Para esta última tarefa o meu contributo como estudante em contexto de estágio poderia ser produtivo no desenvolvimento desses conhecimentos, nomeadamente através não só das minhas práticas, como partilha das mesmas em discussão de passagem de turno e nos registos referentes ao processo de enfermagem dos clientes.

De seguida questionei-os em relação à segunda parte do documento de diagnóstico, propriamente referente ao questionário, visto a primeira parte tratar-se de uma escala de Likert, relativamente a exprimirem em que se materializavam as intervenções manter a pessoa ativa durante o dia e restringir o sono durante o dia. Referente a estas referiram que significava levar a pessoa para o refeitório quando possível (que é uma situação esporádica), a realização de levante e uma colega especialista na área da reabilitação referiu que a terapia ocupacional seria benéfica.

Quanto à última questão que lhes coloquei, relativamente às intervenções que sugeriam para alteração de práticas, com vista a uma melhoria no cuidado prestado a estas pessoas no que respeita à promoção de um sono repousante, referiram que efetivamente seria importante desligar as luzes dos quartos a partir das 22 horas sensivelmente (redução dos estímulos visuais- luminosidade), assim como fazer menos barulho também no período da noite (redução dos estímulos auditivos- ruído). Devolvi-lhes que realmente constituíam medidas muito importantes e valiosas a implementar, no entanto era preciso monitorizar, tendo acabado por induzir, também sugerido no momento pelo meu orientador com quem já tinha discutido essa questão, a realização de colheita de dados acerca dos hábitos de sono da pessoa e de atividade durante o dia e registo na avaliação inicial em local

apropriado, bem como delineação de intervenções detalhadas para os problemas detetados.

De acordo com o tempo disponível para a realização da reunião, os contributos obtidos dos colegas presentes foram os possíveis, tendo havido a necessidade de se induzir a opção da colheita dos dados individualizados acerca dos hábitos e sono do cliente.

Durante a moderação desta discussão, na qual fui contribuindo com os meus conhecimentos, salientei o facto de podermos, em contexto hospitalar, fazer adaptações tendo em conta os hábitos e rotinas destas pessoas no que respeita ao sono.

Considere-se que ao longo da reunião coloquei sempre a tónica na necessidade da realização de um cuidado individualizado, para posterior adaptação das intervenções mais adequadas ao invés do recurso a medidas standardizadas.

Análise de meu desempenho

No entanto, analisando o decurso da reunião e tendo em conta os respetivos objetivos e resultados obtidos, apercebo-me das falhas cometidas ao nível de explorar as opiniões dos meus colegas quer no que respeita aos resultados obtidos no questionário, quer das medidas a realizar para colmatar as falhas denotadas. Isto é, sinto que deveria ter optado por uma estratégia que lhes causasse mais impacto naquilo que foram os resultados do questionário, de modo a que os próprios sentissem a necessidade de fazer mudanças nas práticas e depois deveria ter seguido as sugestões de intervenções que os meus colegas referissem segundo a metodologia que chegássemos a acordo. Ainda que de certa forma tenham mostrado interesse e necessidade em alterar práticas, mediante as sugestões que fizeram, senti que é algo a melhorar da minha parte.

Discutiram-se ainda aspetos como o facto do carro do lixo que acompanha a “volta da noite” ser de metal e bastante ruidoso e ainda pelas 7h a empregada da limpeza ligar as luzes dos quartos para limpar o chão e deixar as luzes ligadas. Ou seja, de algum modo esta questão do sono alterado fez eco nos meus colegas e espera-se que se reflita nas práticas.

A questão do tempo disponível foi um fator que não permitia grande espaço de discussão, o facto de estar de “saída de vela” também não foi favorável, mas principalmente apercebo-me que se trata de uma competência a desenvolver, a de negociar com os colegas estratégias para resolução de problemas detetados em conjunto, das quais todos estejam de acordo. Desta forma, receio ter de algum modo imposto as intervenções a realizar e que estes não considerem este como um problema para eles e que as intervenções não sejam do seu agrado.

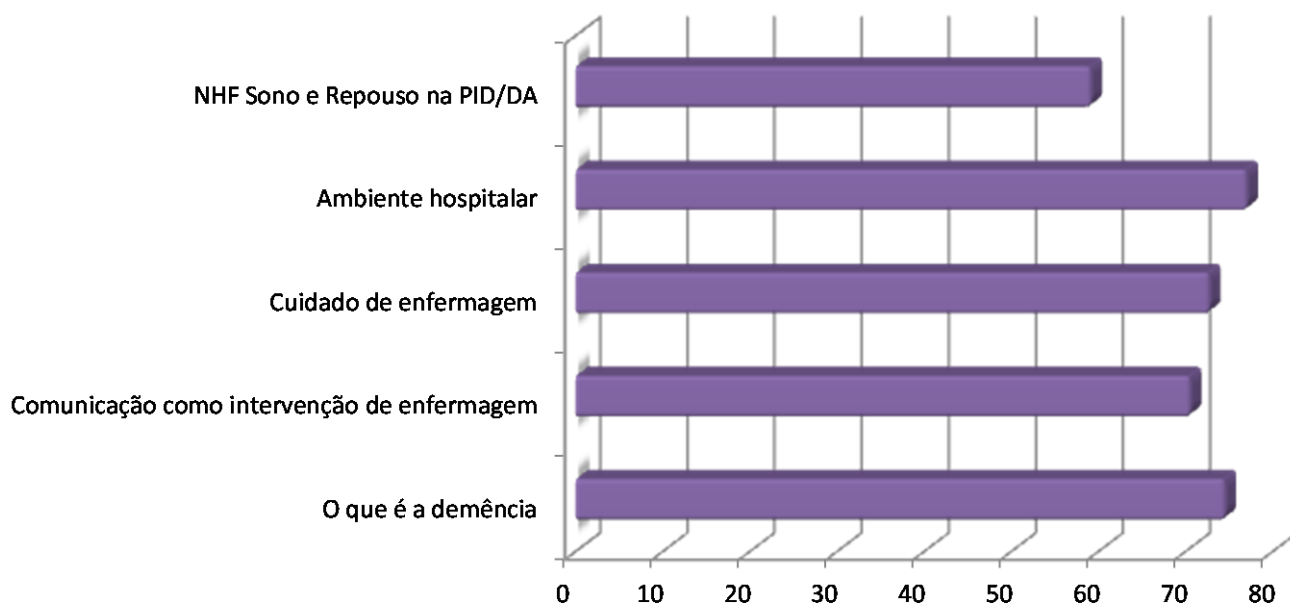
Depois há ainda um fator preponderante que é o facto de a equipa de enfermagem estar habituada a que lhes sejam impostas medidas/intervenções para serem aplicadas sem sequer por vezes se compreender o sentido das mesmas, daí que também se trate de um método diferente do qual não estariam à espera e que também por isso tenha sido difícil reagirem de forma mais interventiva.

Em todo o caso terei as próximas reuniões para poder melhorar os aspetos aqui identificados como mais fracos.

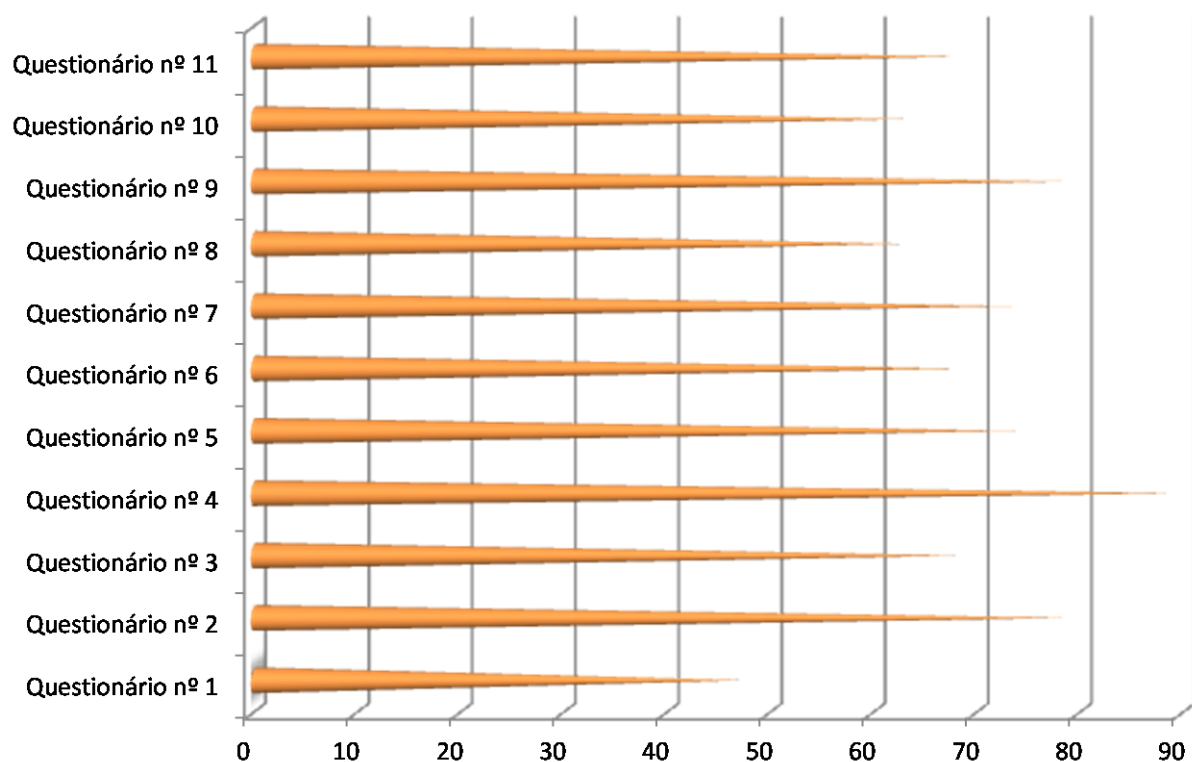
Para terminar, entendo no entanto como ponto forte o facto das pessoas ali presentes terem estado atentas e se demonstrado interessadas face ao que ali estava ser exposto e discutido. E o facto de a chefia ter reagido positivamente no final da reunião referindo que se estava a desenvolver um trabalho produtivo.

Nas outras reuniões que aconteceram desenvolvi com os colegas de modo a dar oportunidade a que todos obtivessem feedback dos resultados da realização deste documento de diagnóstico, foram desenvolvidos os mesmos temas, tentando promover um método o mais interativo possível. No entanto as sugestões sobrepõem-se às da primeira reunião e passam pela redução de estímulos no período da noite, como as medidas a aplicar para melhoria das práticas. Ficando no final, no entanto, acordado que se tentasse colher os dados relativos aos hábitos de sono da PID.

Percentagem de respostas corretas ao questionário por temas (1ª questão)



Percentagem de respostas correctas na 1ª questão



Medidas referentes à NHF sono e repouso seleccionadas no questionário (2ª questão)

Medidas referentes à NHF sono e repouso seleccionadas no questionário (2ª questão)

